Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP)՝ առաջարկված Kaiser Foundation Health Plan, Inc.-ի կողմից:

Անդամի ձեռնարկ

Հունվարի 1, 2027 թվական – Դեկտեմբերի 31, 2027 թվական

Ձեր առողջության և դեղերի ապահովագրական ծածկույթը Kaiser Permanente Dual Complete-ի ներքո (HMO D-SNP)

Անդամի ձեռնարկի ներածություն

Սույն *Անդամի ձեռնարկում,* որը կոչվում է նաև *Ապահովագրական ծածկույթի վկայագիր,* ներկայացված է մինչև 2027 թվականի դեկտեմբերի 31-ը գործող, մեր պլանով նախատեսված ձեր ապահովագրական ծածկույթը: Այստեղ նկարագրված են ապահովագրական ծածկույթում ներառված բուժծառայությունները, հոգեկան առողջության (հոգեկան առողջության և թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումներ) պահպանման հետ կապված ծառայությունները, դեղերի փոխհատուցումը և երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցությունը: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով՝ Անդամի ձեռնարկի **12-րդ գլխում**:

Սա կարևոր իրավական փաստաթուղթ է: Ապահով տեղ պահեք այն:

Սույն *Անդամի ձեռնարկում* «մենք», «մեզ», «մեր» կամ «մեր պլանը» տերմինները վերաբերում են Kaiser Permanente Dual Complete պլանին:

Այս փաստաթուղթն անվճար հասանելի է արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հմոնգ, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալերեն կամ վիետնամերեն լեզուներով:

Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս փաստաթուղթը այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառաչափով, Բրայլի գրերով և/կամ աուդիո ֆայլով՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկման բաժին 1-800-443-0815 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.: Զանգն անվճար է:

Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ դիմելու հետևյալ հարցով.

- Ընտրելու համար անգլերենից բացի նախընտրելի լեզուն/կամ այլընտրանքային ձևաչափը,
- Ապագա նամակագրությունների և հաղորդակցությունների **մշտական խնդրանք**, և
- Փոխելու համար նախընտրելի լեզվի և/կամ ձևաչափի մշտական հարցումը:

Լեզվական օգնության ծառայությունների և օժանդակ միջոցների ու ծառայությունների հասանելիության մասին ծանուցում

ENGLISH

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-443-0815 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-443-0815 (TTY 711). These services are free of charge.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。殘障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。以上服務為免費提供。

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທ ຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນ ມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شمارهٔ 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Ці послуги є безкоштовними.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật như bản in chữ nổi Braille và chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

Other languages

You can get this *Member Handbook* and other plan materials in other languages for free. Kaiser Permanente Dual Complete provides written translations from qualified translators. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free. Read this *Member Handbook* to learn more about health care language assistance services such as interpreter and translation services.

Other formats

You can get this information, in a timely manner, in other formats such as braille, 20-point font large print, audio format, and accessible electronic formats (data CD) at no cost to you. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

Language Access Services

Kaiser Permanente Dual Complete provides oral interpretation services, as well as sign language, from a qualified interpreter, on a 24-hour basis, at no cost to you. You don't have to use a family member or friend as an interpreter. We discourage the use of family or friends, especially minors, as interpreters unless it’s an emergency. Language access services, including interpreter services, are available for free. Interpreter services are available 24 hours a day, 7 days a week. For help in your language, or to get this handbook in a different language, call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

Բովանդակություն

Գլուխ 1. Ինչպես սկսել մեր ծրագրին ձեր անդամակցությունը **10**

Գլուխ 2. Կարևոր հեռախոսահամարներ և ռեսուրսներ **27**

Գլուխ 3. Ինչպես օգտվել մեր պլանի ապահովագրական ծածկույթից՝ խնամք և այլ փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալու համար **71**

Գլուխ 4. Նպաստների աղյուսակ **99**

Գլուխ 5. Ձեր ամբուլատոր դեղերի ստացումը **218**

Գլուխ 6. Ինչ եք վճարում Medicare-ի և Medi-Cal-ի դեղամիջոցների համար **241**

Գլուխ 7. Ինչպես խնդրել մեզ վճարել ծախսերի մեր բաժինը, որը դուք կատարել եք փոխհատուցվող ծառայությունների կամ դեղերի համար **253**

Գլուխ 8. Ձեր իրավունքները և պարտավորությունները **262**

Գլուխ 9. Ինչ անել խնդիր կամ բողոք ունենալու դեպքում (փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումներ, բողոքարկումներ, բողոքներ) **285**

Գլուխ 10. Մեր պլանին ձեր անդամակցության փոփոխումը կամ դադարեցումը **339**

Գլուխ 11. Իրավական ծանուցումներ **350**

Գլուխ 12. Կարևոր տերմինների սահմանումներ **365**

Հրաժարագրեր

- Kaiser Permanente-ն HMO D-SNP պլան է՝ Medicare պայմանագրով և Medi-Cal ծրագրի հետ ունեցած պայմանագրով: Kaiser Permanente-ին անդամակցությունը կախված է պայմանագրի թարմացումից:
- Medi-Cal-ի ներքո Kaiser Permanente-ի Անդամներին տրամադրվող առողջապահական ծառայությունները ենթակա են Kaiser Foundation Health Plan, Inc.-ի և Կալիֆոռնիայի առողջապահական ծառայությունների վարչության (Department of Health Care Services, DHCS) միջև կնքված պայմանագրի պայմաններին, դրույթներին, սահմանափակումներին և բացառություններին, և նշված են սույն *Անդամի ձեռնարկում* և դրա փոփոխված տարբերակներում:
- **Միայն Հարավային Կալիֆոռնիայի անդամների համար.** առողջ սննդի նպաստը քրոնիկ հիվանդություններ ունեցողների համար նախատեսված հատուկ լրացուցիչ ծրագրի մաս է կազմում: Ոչ բոլոր անդամներն ունեն դրա իրավունքը: Անդամները պետք է ունենան որոշակի քրոնիկ հիվանդություններ, օրինակ՝ շաքարային դիաբետ, գիրություն, սրտանոթային հիվանդություններ, օստեոարթրիտ կամ երիկամների քրոնիկ հիվանդություն՝ դրանից օգտվելու իրավունք ստանալու համար: Կան նաև այլ հիվանդություններ, որոնք կարող են ձեզ տալ այս նպաստից օգտվելու իրավունք: Այս նպաստից օգտվելու իրավունքը չի կարող երաշխավորվել՝ հիմնվելով բացառապես ձեր ունեցած հիվանդության վրա: Նախքան արտոնության տրամադրումը, բոլոր համապատասխան իրավասության պահանջները պետք է բավարարված լինեն: Մանրամասների համար խնդրում ենք կապվել մեզ հետ:
- Ցանցից դուրս/ոչ պայմանագրային ծառայություններ մատուցողները պարտավոր չեն սպասարկել Ծրագրի անդամներին, բացառությամբ արտակարգ իրավիճակների: Լրացուցիչ տեղեկությունների, այդ թվում՝ ցանցից դուրս ծառայությունների համար կիրառվող ծախսերի համատեղ վճարման վերաբերյալ տեղեկությունների համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն կամ ծանոթանալ սույն *Անդամի ձեռնարկին:*
- Նպաստները և/կամ համավճարները կարող են փոխվել 2028 թվականի հունվարի 1-ից:
- Մեր փոխհատուցվող դեղերը, դեղատների ցանցը և/կամ մատակարարների ցանցը կարող են փոխվել ցանկացած պահի: Դուք կստանաք ծանուցում ցանկացած փոփոխության մասին ձեզ վերաբերող փոփոխությունից առնվազն 30 օր առաջ:

Գլուխ 1. Ինչպես սկսել մեր ծրագրին ձեր անդամակցությունը

Ներածություն

Այս գլուխը պարունակում է տեղեկություններ **Kaiser Permanente Dual Complete**-ի՝ առողջապահական ծրագրի մասին, որը ծածկում է Medicare-ի շրջանակներում ձեր բոլոր ծառայությունները և համակարգում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի շրջանակներում ձեր բոլոր ծառայությունները, ինչպես նաև տեղեկություններ այս ծրագրում ձեր անդամակցության մասին: Ասվում է նաև, թե ինչ սպասել և ինչ այլ տեղեկություններ կստանաք մեզանից: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով՝ *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Գլուխ 1 Բովանդակություն

A. Բարի գալուստ մեր պլան 12

B. Տեղեկություններ Medicare-ի և Medi-Cal-ի մասին 14

B1. Medicare 14

B2. Medi-Cal 14

C. Մեր պլանի առավելությունները 15

D. Մեր պլանի ծառայությունների մատուցման տարածաշրջանը 16

E. Ինչն է ձեզ տալիս ծրագրի անդամ դառնալու իրավունք 19

F. Ինչ սպասել մեր առողջապահական ծրագրին առաջին անգամ անդամակցելիս 19

G. Ձեր խնամքի թիմը և խնամքի պլանը 21

G1. Խնամքի թիմ 21

G2. Խնամքի պլան 21

H. Կարևոր ծախսերի ամփոփագիր 21

H1. Medicare-ի դեղատոմսով տրվող դեղերի վճարման գումարը 21

I. Սույն *Անդամի ձեռնարկը* 22

J. Այլ կարևոր տեղեկություններ, որոնք ստանում եք մեզանից 22

J1. Ձեր Անդամի ID քարտը 22

J2. *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու* 23

J3. *Ապահովագրված դեղերի ցանկ* 25

J4. *Նպաստների բացատրագիր* 25

K. Ձեր անդամակցության տվյալների թարմ պահելը 26

K1. Անձնական առողջապահական տեղեկատվության (PHI) գաղտնիությունը 26

A. Բարի գալուստ մեր պլան

Մեր պլանը տրամադրում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայություններ այն ֆիզիկական անձանց, ովքեր իրավունակ են անդամակցելու երկու ծրագրերին: Մեր պլանի մեջ մտնում են բժիշկներ, հիվանդանոցներ, դեղատներ, երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն տրամադրողներ, հոգեկան առողջության խնդիրների մասնագետներ և այլ բուժծառայություններ մատուցողներ: Մենք նաև ունենք խնամքի համակարգողներ և թիմեր, որոնք կօգնեն ձեզ կառավարել ձեր բուժծառայություններ մատուցողների աշխատանքը և ծառայությունները: Նրանք բոլորը միասնաբար աշխատում են՝ ձեզ անհրաժեշտ խնամքն ապահովելու համար:

Kaiser Permanente Dual Complete-ը մասնագիտացված Medicare Advantage պլան է (Medicare-ի Հատուկ կարիքների պլան), որը նշանակում է, որ դրա ներքո տրամադրվող նպաստները նախատեսված են հատուկ առողջապահական կարիքներ ունեցող անձանց համար: Kaiser Permanente Dual Complete-ը նախատեսված է այն անձանց համար, որոնք ունեն Medicare, ինչպես նաև համապատասխանում են Medi-Cal-ից աջակցություն ստանալու պահանջներին:

Kaiser Permanente-ն առողջապահական խնամքի ծառայություններ է տրամադրում ուղղակիորեն Անդամներին ինտեգրված բժշկական խնամքի ծրագրի միջոցով: Առողջապահական պլանը, պլանում ներառված հիվանդանոցները, Permanente Medical Group-ը և Southern California Permanente Medical Group-ը («Բժշկական խումբ») աշխատում են միասին՝ մեր անդամներին որակյալ խնամք տրամադրելու համար: Մեր բժշկական խնամքի պլանը ձեզ տալիս է ձեզ հարկավոր ապահովագրված ծառայությունները, օրինակ՝ սովորական խնամք, լաբորատոր ծառայություններ, շտապ օգնության ծառայություններ, Հրատապ խնամք և այլ նպաստներ, որոնք նկարագրված են այս *Անդամի ձեռնարկում*: Բացի դրանից, մեր առողջապահական կրթության ծրագրերն առաջարկում են ձեր առողջությունը պահպանելու և բարելավելու հոյակապ տարբերակներ:

Սույն *Անդամի ձեռնարկը* նկարագրում է հետևյալ ծրագրերը.

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «South P1 պլան»
- Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «South P6 պլան»
- Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «South P7 պլան»
- Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «South P9 պլան»
- Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «South P10 պլան»
- Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «South P11 պլան»

- Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «North P2 պլան»
- Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «North P16 պլան»
- Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «North P17 պլան»
- Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «North P18 պլան»
- Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «North P19 պլան»
- Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «North P20 պլան»
- Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «North P21 պլան»
- Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «North P22 պլան»
- Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «North P23 պլան»
- Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «North P24 պլան»
- Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP), որը սույն փաստաթղթում նշվում է որպես «North P25 պլան»

Եթե վստահ չեք, թե որ ծրագրում եք ընդգրկված, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ այս էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով, կամ տեսնել *Տարեկան փոփոխությունների մասին ծանուցման* շապիկը (կամ նոր անդամների դեպքում՝ ձեր գրանցման ձևը կամ գրանցումը հաստատող նամակը)։

Նշում. խնդրում ենք ուսումնասիրել այս գլխի **Բաժին D-ն** ՝ սույն *Անդամի ձեռնարկում* ներառված յուրաքանչյուր ծրագրի աշխարհագրական սպասարկման տարածքի վերաբերյալ տեղեկությունների համար։ Ծախսերի բաշխման, գրանցման և գրանցումից դուրս գալու նպատակներով մեր տարածաշրջանի սպասարկման տարածքներում գործում են Dual Complete-ի մի քանի պլաններ, որոնք նկարագրված են այս *Անդամի ձեռնարկում*։ Այնուամենայնիվ, ապահովագրված ծառայություններ ստանալու համար դուք պետք է խնամք ստանաք ցանցի մատակարարներից՝ ծառայությունների մատուցման ձեր տարածաշրջանի ցանկացած վայրում։

B. Տեղեկություններ Medicare-ի և Medi-Cal-ի մասին

B1. Medicare

Medicare-ը դաշնային բուժապահովագրական պլան է, որը նախատեսված է՝

- 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի անձանց համար,
- մինչև 65 տարեկան որոշակի սահմանափակ հնարավորություններով անձանց համար, **և**
- երիկամային հիվանդության վերջնական փուլի ախտանիշներ (երիկամային անբավարարություն) ունեցող անձանց:

B2. Medi-Cal

Medi-Cal-ը Կալիֆոռնիայի Medicaid ծրագրի անվանումն է: Medi-Cal-ը ղեկավարվում է նահանգի կողմից և վճարվում է նահանգային և դաշնային կառավարության կողմից: Medi-Cal-ն օգնում է սահմանափակ եկամուտներ և ռեսուրսներ ունեցող անձանց վճարել երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցության (Long-Term Services and Supports, LTSS), ինչպես նաև բժշկական ծախսերի համար: Այն փոխհատուցում է Medicare-ի ապահովագրական ծածկույթում չներառված լրացուցիչ ծառայությունների և դեղերի ծախսերը:

Յուրաքանչյուր նահանգ սահմանում է՝

- ինչն է համարվում եկամուտ և ռեսուրս,
- ով է իրավասու,
- ինչ ծառայություններ են ծածկվում, **և**
- ծառայությունների արժեքը:

Նահանգները կարող են որոշել՝ ինչպես ղեկավարեն իրենց ծրագրերը, եթե հետևում են դաշնային կանոններին:

Մեր պլանը հաստատվել է Medicare-ի և Կալիֆոռնիա նահանգի կողմից: Մեր պլանով դուք կարող եք ստանալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայությունները՝

- մենք ընտրում ենք առաջարկել պլանը, **և**
- Medicare-ը և Կալիֆոռնիայի նահանգը մեզ թույլ են տալիս շարունակել առաջարկել այս պլանը:

Նույնիսկ, եթե մեր պլանն այլևս չգործի հետագայում, Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայություններից օգտվելու ձեր իրավունակության վրա դա չի կարող ազդել:

C. Մեր պլանի առավելությունները

Այժմ Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում ներառված բոլոր ծառայությունները՝ այդ թվում դեղերը, դուք ստանալու եք մեր պլանով: **Այս առողջապահական ծրագրին միանալու համար լրացուցիչ վճար չեք կատարում:**

Մենք օգնում ենք, որպեսզի ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները միասին ավելի օգտակար և արդյունավետ լինեն ձեզ համար: Ահա որոշ առավելություններ.

- Ձեր առողջապահական կարիքների **մեծ մասի** համար կարող եք օգտվել մեր ծառայություններից:
- Դուք եք որոշում, թե ովքեր են ընդգրկված լինելու ձեր խնամքի թիմում: Ձեր խնամքի թիմի մեջ կարող եք ներառված լինել դուք, ձեր խնամակալը, բժիշկները, բուժքույրերը, խորհրդատուները կամ առողջապահական այլ մասնագետներ:
- Դուք միշտ կարող եք դիմել խնամքի համակարգողին: Սա այն անձն է, ով աշխատում է ձեզ հետ, մեր պլանի և ձեր խնամքի թիմի հետ՝ խնամքի պլանը կազմելու համար:
- Դուք կարող եք թելադրել ձեր խնամքի կազմակերպումը ձեր խնամքի թիմի և համակարգողի օգնությամբ:
- Ձեր խնամքի թիմը և խնամքի համակարգողը համագործակցում են ձեզ հետ՝ **ձեր** առողջապահական կարիքները բավարարելու համար նախատեսված խնամքի պլան կազմելու նպատակով: Խնամքի թիմն օգնում է համակարգել ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունները: Օրինակ՝ ձեր խնամքի թիմը համոզվում է, որ՝
    - Ձեր բժիշկները գիտեն ձեր ընդունած բոլոր դեղամիջոցների մասին, որպեսզի համոզված լինեն, որ դուք ճիշտ դեղեր եք ընդունում և կարողանան նվազեցնել դեղերի հնարավոր կողմնակի ազդեցությունները:
    - Ձեր թեստի արդյունքները, ըստ անհրաժեշտության, տրամադրվել են ձեր բոլոր բժիշկներին և այլ բուժծառայություններ մատուցողներին:

Kaiser Permanente Dual Complete-ի նոր անդամների համար. Շատ դեպքերում Kaiser Permanente Dual Complete-ում գրանցվելու ձեր դիմումից հետո հաջորդ ամսվա 1-ին օրը դուք կգրանցվեք Kaiser Permanente Dual Complete ծրագրում՝ ձեր Medicare նպաստներն ստանալու համար: Դուք կարող եք շարունակել ևս մեկ ամիս ստանալ ձեր նախորդ Medi-Cal-ի առողջապահական պլանի Medi-Cal-ի ծառայությունները: Դրանից հետո դուք կստանաք ձեր Medi-Cal ծառայությունները Kaiser Permanente Dual Complete-ի միջոցով: Ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը չի ընդհատվի: Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք մեզ 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY 711):

D. Մեր պլանի ծառայությունների մատուցման տարածաշրջանը

Մեր Հարավային Կալիֆոռնիայի տարածաշրջանը ներառում է հետևյալ South պլանները.

- **Kaiser Permanente Dual Complete South P1 պլանը**, որը ներառում է **San Diego վարչաշրջանի** միայն հետևյալ փոստային դասիչները՝
    - 91901–03, 91908–17, 91921, 91931–33, 91935, 91941–46, 91950–51, 91962–63, 91976–80, 91987, 92003, 92007–11, 92013–14, 92018–30, 92033, 92037–40, 92046, 92049, 92051–52, 92054–61, 92064–65, 92067–69, 92071–72, 92074–75, 92078–79, 92081–86, 92088, 92091–93, 92096, 92101–24, 92126–32, 92134–40, 92142–43, 92145, 92147, 92149–50, 92152–55, 92158–61, 92163, 92165–79, 92182, 92186–87, 92191–93, և 92195–99
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P6 պլանը**, որը ներառում է՝
    - **Riverside վարչաշրջանի** որոշ տարածքներ, միայն հետևյալ փոստային դասիչներում՝ 91752, 92028, 92201–03, 92210–11, 92220, 92223, 92230, 92234–36, 92240–41, 92247–48, 92253–55, 92258, 92260–64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501–09, 92513–14, 92516–19, 92521–22, 92530–32, 92543–46, 92548, 92551–57, 92562–64, 92567, 92570–72, 92581–87, 92589–93, 92595–96, 92599, 92860, 92877–83
    - **San Bernardino վարչաշրջանի** որոշ տարածքներ, միայն հետևյալ փոստային դասիչներում՝ 91701, 91708–10, 91729–30, 91737, 91739, 91743, 91758–59, 91761–64, 91766, 91784–86, 92305, 92307–08, 92313–18, 92321–22, 92324–25, 92329, 92331, 92333–37, 92339–41, 92344–46, 92350, 92352, 92354, 92357–59, 92369, 92371–78, 92382, 92385–86, 92391–95, 92397, 92399, 92401–08, 92410–11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427, 92880.
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P7 պլանը**, որը ներառում է **Kern վարչաշրջանի** միայն հետևյալ փոստային դասիչները՝
    - 93203, 93205–06, 93215–16, 93220, 93222, 93224–26, 93238, 93240–41, 93243, 93249–52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301–09, 93311–14, 93380, 93383–90, 93501–02, 93504–05, 93518–19, 93531, 93536, 93560–61, և 93581.
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P9 պլանը**, որը ներառում է **Los Angeles վարչաշրջանի** ամբողջ տարածքը, բացառությամբ Catalina կղզու:
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P10 պլանը**, որը ներառում է **Orange վարչաշրջանի ամբողջ տարածքը**:

- **Kaiser Permanente Dual Complete South P11 պլանը**, որը ներառում է **Ventura վարչաշրջանի** միայն հետևյալ փոստային դասիչները՝
    - 90265, 91304, 91307, 91311, 91319–20, 91358–62, 91377, 93001–07, 93009–12, 93015–16, 93020–22, 93030–36, 93040–44, 93060–66, 93094, 93099, և 93252.

Մեր Հյուսիսային Կալիֆոռնիայի տարածաշրջանը ներառում է հետևյալ North պլանները.

- **Kaiser Permanente Dual Complete North P2 պլանը**, որը ներառում է՝
    - **Sacramento վարչաշրջանի ամբողջ տարածքը**:
    - **Amador վարչաշրջան**, միայն հետևյալ փոստային դասիչներում՝ 95640 և 95669:
    - **El Dorado վարչաշրջան**, միայն հետևյալ փոստային դասիչներում՝ 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, և 95762:
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P16 պլանը**, որը ներառում է **Alameda վարչաշրջանի ամբողջ տարածքը**:
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P17 պլանը**, որը ներառում է **Contra Costa վարչաշրջանի ամբողջ տարածքը**:
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P18 պլանը**, որը ներառում է՝
    - **Fresno վարչաշրջան**, միայն հետևյալ փոստային դասիչներում՝ 93242, 93602, 93606–07, 93609, 93611–13, 93616, 93618–19, 93624–27, 93630–31, 93646, 93648–52, 93654, 93656–57, 93660, 93662, 93667–68, 93675, 93701–12, 93714–18, 93720–30, 93737, 93740–41, 93744–45, 93747, 93750, 93755, 93760–61, 93764–65, 93771–79, 93786, 93790–94, 93844, 93888.
    - **Kings վարչաշրջան**, միայն հետևյալ փոստային դասիչներում՝93230, 93232, 93242, 93631, 93656.
    - **Madera վարչաշրջան**, միայն հետևյալ փոստային դասիչներում՝ 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, 93720.
    - **Mariposa վարչաշրջան**, միայն հետևյալ փոստային դասիչներում՝93601, 93623, և 93653:
    - **Tulare վարչաշրջան,**միայն հետևյալ փոստային դասիչներում՝ 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, և 93673.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P19 պլանը**, որը ներառում է **San Francisco վարչաշրջանի ամբողջ տարածքը**:
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P20 պլանը**, որը ներառում է **San Joaquin և Stanislaus** վարչաշրջանների ամբողջ տարածքը:

- **Kaiser Permanente Dual Complete North P21 պլանը**, որը ներառում է **Santa Cruz վարչաշրջանի ամբողջ տարածքը**:
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P22 պլանը**, որը ներառում է **San Mateo վարչաշրջանի ամբողջ տարածքը**:
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P23 պլանը**, որը ներառում է **Santa Clara վարչաշրջանի** միայն հետևյալ փոստային դասիչները՝
    - 94022–24, 94035, 94039–43, 94085–89, 94301–06, 94309, 94550, 95002, 95008–09, 95011, 95013–15, 95020–21, 95026, 95030–33, 95035–38, 95042, 95044, 95046, 95050–56, 95070–71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108–13, 95115–36, 95138–41, 95148, 95150–61, 95164, 95170, 95172–73, 95190–94, և 95196:
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P24 պլանը**, որը ներառում է՝
    - **Placer վարչաշրջան**, միայն հետևյալ փոստային դասիչներում՝ 95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47, և 95765:
    - **Yolo վարչաշրջան**, միայն հետևյալ փոստային դասիչներում՝ 95605, 95607, 95612, 95615–18, 95620, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776, և 95798–99.
    - **Yuba վարչաշրջան**, միայն հետևյալ փոստային դասիչներում՝ 95692, 95903, և 95961.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P25 պլանը**, որը ներառում է՝
    - **Marin, Napa և Solano** վարչաշրջանների ամբողջ տարածքը:
    - **Sonoma վարչաշրջան**, միայն հետևյալ փոստային դասիչներում՝ 94515, 94922–23, 94926–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87, և 95492:

Մեր պլանին կարող են միանալ միայն այն մարդիկ, որոնք ապրում են մեր սպասարկման տարածքում:

Եթե տեղափոխվեք մեր սպասարկման տարածքից դուրս, չեք կարող մնալ մեր պլանում: Մեր սպասարկման տարածքից դուրս տեղափոխվելու հետևանքների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխը 8-ը**:

E. Ինչն է ձեզ տալիս ծրագրի անդամ դառնալու իրավունք

Դուք իրավունք ունեք դառնալու մեր պլանի անդամը, եթե.

- բնակվեք մեր սպասարկման տարածքում (ազատազրկված անձինք չեն համարվում սպասարկման տարածքում բնակվող, նույնիսկ եթե ֆիզիկապես գտնվում են այդ տարածքում), **և**
- գրանցման պահին լինեք 21 տարեկան կամ ավելի, **և**
- ունենաք ինչպես Medicare Մաս A, այնպես էլ Medicare Մաս B, և
- լինեք Միացյալ Նահանգների քաղաքացի կամ քաղաքացիություն չունեցող ԱՄՆ քաղաքացի կամ իրավասու ոչ քաղաքացի, և
- Այժմ ունեք Medi-Cal-ի իրավասություն:
- Եթե կորցնեք լիարժեք ծավալով Medi-Cal -ի շրջանակներում ձեր իրավասությունը, սակայն ակնկալվում է, որ կվերականգնեք այն չորս ամսվա ընթացքում, մենք կշարունակենք տրամադրել Kaiser Permanente Dual Complete-ի կողմից ծածկվող Medicare-ի բոլոր նպաստները: Երբ ձեր Medi-Cal -ի փոխհատուցումն ավարտվի, մենք չենք վճարի Medi-Cal-ի ձեր նպաստների համար: Kaiser Permanente Dual Complete-ով փոխհատուցվողնպաստների համարձեր ծախսերի բաշխման չափը կփոխվի, ինչպես նկարագրված է սույն *Անդամի ձեռնարկի*Նպաստների աղյուսակում: Դուք կարող եք նաև կորցնել Medicare-ի լրացուցիչ օգնությունը, որը կօգնի վճարել ձեր Medicare Մաս D դեղերի համար:

  Եթե մեզ մոտ Medicare-ի ձեր փոխհատուցման դեռ գրանցված լինելու ընթացքում վերականգնվի Medi-Cal-ի շրջանակներում ձեր լիարժեք իրավասությունը, մենք կվերսկսենք վճարել ձեր Medi-Cal նպաստների համար, և ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրում կշարունակվի: Եթե չկարողանաք վերականգնել Medi-Cal-ը չորս ամսվա ընթացքում, մենք կդադարեցնենք ձեր գրանցումը Kaiser Permanente Dual Complete-ում: Եթե գրանցումից դուրս գալուց հետո վերականգնեք Medi-Cal-ի շրջանակներում լիարժեք իրավասությունը, ծրագրում կրկին գրանցվելու համար անհրաժեշտ կլինի կապվել մեզ հետ:

Եթե կորցնում եք Medi-Cal-ի ձեր իրավասությունը, բայց ակնկալվում է, որ 4 ամսվա ընթացքում կվերականգնեք այն, ապա դուք դեռ իրավասու եք անդամակցելու մեր ապահովագրական պլանին:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:

F. Ինչ սպասել մեր առողջապահական ծրագրին առաջին անգամ անդամակցելիս

Երբ առաջին անգամ եք միանում մեր ապահովագրական պլանին, ապա ձեր գրանցման օրվանից 90 օր առաջ կամ հետո կատարվում է առողջական ռիսկերի գնահատում (health risk assessment, HRA):

Մենք պետք է ձեզ համար անցկացնենք HRA: HRA-ի հիման վրա մենք մշակում ենք ձեր խնամքի պլանը: HRA-ն ներառում է հարցեր՝ բացահայտելու ձեր բժշկական, հոգեկան և ֆունկցիոնալ առողջական խնդիրները:

Մենք կապ կհաստատենք ձեզ հետ՝ HRA-ն անցկացնելու համար: HRA-ը կարող ենք կատարել անձամբ այցելությամբ, հեռախոսազանգով կամ փոստով: Մենք ամեն տարի կապ կհաստատենք ձեզ հետ՝ պարզելու համար, թե արդյոք ձեր կարիքները փոխվել են:

Մենք ձեզ լրացուցիչ տեղեկություններ կուղարկենք այս HRA-ի վերաբերյալ:

Եթե մեր պլանը ձեզ համար նոր է, որոշակի ժամանակահատվածում կարող եք շարունակել օգտվել այն բժիշկների ծառայություններից, որոնցից այժմ օգտվում եք, նույնիսկ եթե նրանք մեր ցանցում ներառված չեն: Սա մենք անվանում ենք խնամքի շարունակականություն: Եթե նրանց ներառված չեն մեր ցանցում, ապա կարող եք պահել ձեր ընթացիկ ծառայություն մատուցողներին և ծառայությունների լիազորությունները գրանցման պահից սկսած մինչև 12 ամիս՝ հետևյալ բոլոր պայմանները պահպանվելու դեպքում.

- Դուք, ձեր ներկայացուցիչը կամ ձեր ծառայություն մատուցողը խնդրում է մեզ թույլ տալ շարունակել օգտվել ձեր ընթացիկ ծառայություն մատուցողից:
- Մենք հաստատում ենք, որ դուք ընթացիկ հարաբերություններ ունեք առաջնային կամ մասնագիտացված խնամքի ծառայություն մատուցողի հետ, որոշ բացառություններով: «Ընթացիկ հարաբերություններ» նշանակում է, որ դուք առնվազն մեկ անգամ այցելել եք ցանցից դուրս ծառայություն մատուցողին ոչ արտակարգ իրավիճակում՝ մեր պլանում ձեր նախնական գրանցման ամսաթվին նախորդող 12 ամսվա ընթացքում:
    - Մենք սահմանում ենք ընթացիկ հարաբերություններ՝ վերանայելով ձեր առկա առողջական տեղեկությունները կամ ձեր տրամադրած տեղեկությունները:
    - Մենք ունենք 30 օր՝ ձեր հարցմանը պատասխանելու համար: Դուք կարող եք խնդրել մեզ ավելի արագ որոշում կայացնել, և մենք կպատասխանենք 15 օրից: Այս հարցումը կարող եք ներկայացնել՝ զանգահարելով 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով: Առողջական վտանգի առկայության դեպքում մենք պետք է արձագանքենք երեք օրվա ընթացքում:
    - Դուք կամ ձեր մատակարարը պետք է ներկայացնեք ընթացիկ հարաբերությունների փաստաթղթերը և համաձայնեք որոշակի պայմանների, երբ կատարում եք հարցումը:

Նշում. դուք կարող եք այս հարցումը ներկայացնել երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումների (Durable Medical Equipment, DME) մատակարարներին առնվազն 90 օրվա ընթացքում, մինչև մենք հաստատենք նոր DME վարձակալությունը և ստանանք վարձակալությունը ցանցի մատակարարից: Չնայած, որ չեք կարող այս հարցումն ուղղել փոխադրումների կամ այլ օժանդակ մատակարարներին, այնուհանդերձ կարող եք կատարել հարցում տրանսպորտային ծառայությունների կամ այլ օժանդակ ծառայությունների համար, որոնք ներառված չեն մեր ապահովագրական պլանում:

Առողջապահական խնամքի շարունակականության ժամկետի ավարտից հետո դուք պետք է օգտվեք այն բժիշկների և մատակարարների ծառայություններից, որոնք ներառված են Kaiser Permanente Dual Complete պլանի ցանցում, քանի դեռ մենք չենք կնքել համաձայնագիր ձեր ոչ ցանցի բժշկի հետ: Ցանցի ծառայություն մատուցողն այն է, ով աշխատում է առողջապահական ծրագրի հետ: Խնամք ստանալու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 3-ը**:

G. Ձեր խնամքի թիմը և խնամքի պլանը

G1. Խնամքի թիմ

Խնամքի թիմը կարող է օգնել ձեզ շարունակել ստանալ ձեզ անհրաժեշտ խնամքը: Ձեր առողջապահական խնամքի թիմի մեջ կարող են մտնել ձեր բժիշկը, բուժսպասարկման համակարգող և ձեր կողմից ընտրած առողջապահական այլ մասնագետ:

Խնամքի համակարգողն այն անձն է, ով օգնում է ձեզ կազմակերպել ձեզ անհրաժեշտ խնամքը: Երբ գրանցվեք մեր ծրագրում, ձեզ կտրամադրվի խնամքի համակարգող: Այս անձը նաև ուղղորդում է ձեզ դեպի համայնքային այլ ռեսուրսներ, որոնք ձեր պլանը կարող է չտրամադրել, և աշխատում է ձեր խնամքի թիմի հետ՝ խնամքը համակարգելու համար: Խնամքի համակարգողի և խնամքի թիմի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:

G2. Խնամքի պլան

Ձեր խնամքի թիմը համագործակցում է ձեզ հետ՝ խնամքի պլան կազմելու համար: Խնամքի պլանում նշված է, թե ինչ ծառայություններ են ձեզ անհրաժեշտ և ինչպես ստանալ դրանք: Այն ներառում է ձեր բժշկական, հոգեկան առողջության և LTSS կամ այլ ծառայություններ:

Ձեր խնամքի պլանում ներառված են՝

- ձեր առողջապահական նպատակները, **և**
- ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունները ստանալու ժամանակացույցը:

Ձեր խնամքի թիմը կհանդիպի ձեզ հետ ձեր առողջական ռիսկերի գնահատումից հետո: Նրանք հարցնում են, թե ինչ ծառայությունների կարիք ունեք: Նրանք նաև տեղեկացնում են ձեզ այն ծառայությունների մասին, որոնք հնարավոր է՝ դուք կցանկանայիք ստանալ: Ձեր խնամքի ապահովագրական պլանը ստեղծվում է ձեր կարիքների և նպատակների հիման վրա: Ձեր խնամքի թիմը համագործակցում է ձեզ հետ՝ ձեր խնամքի պլանը առնվազն ամեն տարի թարմացնելու համար:

H. Կարևոր ծախսերի ամփոփագիր

Մեր պլանը չունի ապահովագրավճար:

H1. Medicare-ի դեղատոմսով տրվող դեղերի վճարման գումարը

Եթե դուք մասնակցում եք Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի վճարման պլանին, ապա ձեր դեղերի համար հաշիվ կստանաք ձեր պլանից (դեղատանը վճարելու փոխարեն): Ձեր ամսական հաշիվը հիմնված կլինի նրա վրա, թե որքան է կազմում ձեր ստացած դեղատոմսերի արժեքը՝ գումարած ձեր նախորդ ամսվա մնացորդը՝ բաժանած տվյալ տարում մնացած ամիսների թվի վրա:

Գլուխ 2-ի Բաժին M3-ում ավելի մանրամասն տեղեկություններ են ներկայացված Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի վճարման ծրագրի մասին: Եթե համաձայն չեք վճարման այս տարբերակի շրջանակներում գանձված գումարի հետ, կարող եք հետևել **Գլուխ 9-ում** ներկայացված քայլերին՝ բողոք կամ բողոքարկում ներկայացնելու համար:

I. Սույն *Անդամի ձեռնարկը*

Սույն *Անդամի ձեռնարկը* ձեզ հետ կնքված մեր պայմանագրի մասն է: Սա նշանակում է, որ մենք պետք է հետևենք այս փաստաթղթում նշված բոլոր կանոններին: Եթե գտնում եք, որ մենք ինչ-որ բան ենք արել, որը հակասում է այս կանոններին, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Բողոքարկումների վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը** կամ զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով:

Դուք կարող եք *Անդամի ձեռնարկի* պատճենը ստանալու համար զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով: Կարող եք նաև ծանոթանալ մեր կայքում տեղադրված *Անդամի ձեռնարկին*՝ էջի ներքևում նշված վեբ հասցեով:

Պայմանագիրն ուժի մեջ է այն ամիսներին, երբ դուք գրանցված եք մեր պլանում՝ 2027 թվականի հունվարի 1-ից մինչև 2027 թվականի դեկտեմբերի 31-ը:

J. Այլ կարևոր տեղեկություններ, որոնք ստանում եք մեզանից

Ձեզ տրամադրվող այլ կարևոր տեղեկությունները վերաբերում են ձեր Անդամի ID քարտին, Մատակարարների *և դեղատների տեղեկատուին*, և Ապահովագրված դեղերի *ցանկի* հասանելիությանը, որը կոչվում *է* նաև *Դեղացանկ:*

J1. Ձեր Անդամի ID քարտը

Մեր ծրագրի շրջանակներում դուք ունեք մեկ քարտ ձեր Medicare և Medi-Cal ծառայությունների՝ ներառյալ Երկարաժամկետ ծառայությունների ու աջակցության (LTSS), հոգեկան առողջության որոշ ծառայությունների և դեղատոմսերի համար: Դուք ցույց եք տալիս այս քարտը, երբ որևէ ծառայություն կամ դեղատոմս եք ստանում: Ահա անդամի ID քարտերի նմուշները յուրաքանչյուր տարածքի համար՝

Եթե ձեր անդամի ID քարտը վնասվել է, կորել է կամ գողացվել, անմիջապես զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով: Մենք ձեզ նոր քարտ կուղարկենք:

Քանի դեռ դուք մեր պլանի անդամ եք, ծառայություններ ստանալու համար հարկավոր չէ օգտվել ձեր կարմիր, սպիտակ և կապույտ Medicare քարտից կամ ձեր Medi-Cal քարտից: Այդ քարտերը պահեք ապահով վայրում, քանի որ դրանք ձեզ հետագայում անհրաժեշտ են լինելու: Եթե ձեր անդամի ID քարտի փոխարեն ցույց տաք ձեր Medicare-ի քարտը, ապա բուժծառայություններ մատուցողը կարող է հաշիվը ներկայացնել Medicare-ին՝ մեր պլանի փոխարեն, և դուք կարող եք հաշիվ ստանալ: Ձեզանից կարող են խնդրել ցույց տալ ձեր Medicare քարտը, եթե ձեզ անհրաժեշտ են հիվանդանոցային ծառայություններ, հոսպիսային ծառայություններ կամ մասնակցում եք Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտությունների (նաև կոչվում են կլինիկական փորձարկումներ): Տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 7-ը**՝ պարզելու համար, թե ինչ անել, եթե ծառայություններ մատուցողից հաշիվ ստանաս:

Հիշեք, որ հետևյալ ծառայություններից օգտվելու համար ձեզ անհրաժեշտ կլինի Medi-Cal-ի քարտը կամ Նպաստների նույնականացման քարտը (Benefits Identification Card, BIC)՝

- Ձեր վարչաշրջանի մասնագիտացված հոգեկան առողջության պահպանման ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ ձեր հոգեկան առողջության պահպանման պլանով (Mental health plan, MHP)
- Medi-Cal Rx դեղատոմսերի դուրսգրման ծառայություններ
- Տնային աջակցության ծառայություններ
- 1915(c) Տնային և համայնքային հրաժարման ծառայություններ
- Medi-Cal-ի ատամնաբուժական ծառայություններ

J2. *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու*

Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուում նշված են մեր ծրագրի ցանցում ընդգրկված ծառայություններ մատուցողներն ու դեղատները: Քանի դեռ դուք մեր պլանի անդամ եք, պետք է օգտվեք ցանցի բուժծառայություններ մատուցողներից՝ փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալու համար:

Դուք կարող եք *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն* ստանալու համար (էլեկտրոնային կամ տպագիր տարբերակով) զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով: Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուների թղթային տարբերակի ստացման հայտերը փոստով կուղարկվեն ձեզ՝ երեք աշխատանքային օրվա ընթացքում:

Կարող եք նաև ծանոթանալ *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուին* ՝ kp.org/directory հասցեով:

Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուում նշված են մեր ցանցում ընդգրկված ծառայություններ մատուցողները և երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումների մատակարարները: Մեր ցանցի բոլոր բուժծառայություններ մատուցողներն ընդունում են և՛ Medicare-ը, և՛ Medicaid-ը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ այլ բան է նշված: Եթե հանկարծ դուք կարիք ունենաք այնպիսի ծառայության, որը չի փոխհատուցվում մեր պլանով, բայց ներառված է Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում, մենք կարող ենք ձեզ ուղարկել Medi-Cal-ի նահանգային գործակալություն՝ գտնելու ցանցից դուրս բուժծառայություններ մատուցողի, որը կարող է տրամադրել Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում ներառված խնամքը:

Ցանցի մատակարարների սահմանումը

- Մեր ցանցի բուժծառայություններ մատուցողների թվում են՝
    - Բժիշկներ, բուժքույրեր և առողջապահական այլ մասնագետներ, որոնց ծառայություններից դուք կարող եք օգտվել որպես մեր ծրագրի անդամ,
    - կլինիկաները, հիվանդանոցները, խնամքի հաստատությունները և մեր ծրագրի շրջանակներում առողջապահական ծառայություններ մատուցող այլ վայրերը, **և**
    - Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի միջոցով ստանում եք LTSS-ի, հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունների, տնային պայմաններում բուժօգնություն տրամադրող գործակալությունների, երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME) տրամադրողների և ուրիշների կողմից տրամադրվող ապրանքները և ծառայությունները:

Ցանցի մատակարարները ապահովագրական ծածկույթում ներառված ծառայությունների համար վճարումը ստանում են մեր պլանից՝ որպես ամբողջական վճարում:

Ցանցում ընդգրկված դեղատների սահմանումը

- Ցանցի դեղատներն այն դեղատներն են, որոնք համաձայնել են դուրս գրել դեղատոմսային դեղեր մեր պլանի անդամների համար: Օգտվեք *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուից* ՝ գտնելու այն ցանցում ընդգրկված դեղատունը, որից ցանկանում եք օգտվել:
- Բացառությամբ արտակարգ իրավիճակների, դուք պետք է ձեր դեղատոմսային դեղերը ստանաք մեր ցանցի դեղատներից մեկից, եթե ցանկանում եք, որպեսզի մեր պլանը օգնի ձեզ վճարել դրանց համար:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով: Ե՛վ Անդամների սպասարկման բաժինը, և՛ մեր կայքը կարող են տրամադրել ամենաթարմ տեղեկությունները՝ մեր ցանցի դեղատների և մատակարարների փոփոխությունների վերաբերյալ:

J3. *Ապահովագրված դեղերի ցանկ*

Մեր պլանն ունի *Ապահովագրված դեղերի ցանկ*: Այն կրճատ կոչվում է *«Դեղացանկ»*: Այնտեղ նշված են մեր պլանով փոխհատուցվող դեղերը: Այս ցանկի դեղերն ընտրվում են մեր ծրագրի կողմից՝ բժիշկների և դեղագետների օգնությամբ: *Դեղացանկը* պետք է համապատասխանի Medicare-ի պահանջներին: Medicare-ի Դեղերի գների բանակցային ծրագրի շրջանակներում բանակցված գներով դեղերը կներառվեն ձեր *Դեղացանկում*, եթե դրանք չեն հանվել և փոխարինվել, ինչպես նկարագրված է **Գլուխ 5-ի Բաժին E-ում:** Medicare-ը հաստատել է Kaiser Permanente Dual Complete-ի *Դեղացանկը:*

Դեղացանկում նշված է նաև, թե ինչ կանոն կամ սահմանափակում է գործում տվյալ դեղամիջոցի համար, օրինակ՝ քանակի սահմանափակում, որը կարող է կիրառվել ձեզ համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 5-ը**:

Յուրաքանչյուր տարի մենք ձեզ տեղեկություններ ենք ուղարկում այն մասին, թե ինչպես մուտք գործել *Դեղացանկ*, սակայն տարվա ընթացքում կարող են որոշ փոփոխություններ տեղի ունենալ: Ծածկվող դեղերի վերաբերյալ ամենաթարմ տեղեկությունները ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն կամ այցելեք մեր կայք՝ kp.org/seniorrx:

J4. *Նպաստների բացատրագիր*

Երբ դուք օգտվում եք ձեր Medicare Մաս D-ի դեղերի նպաստներից, մենք ձեզ ուղարկում ենք ամփոփագիր, որպեսզի դուք հասկանաք և հետևեք Medicare Մաս D-ով սահմանված դեղերի վճարումներին: Այս ամփոփագիրը կոչվում է *Նպաստների բացատրագիր* (*Explanation of Benefits,* EOB):

EOB-ում նշված է այն ընդհանուր գումարը, որը դուք կամ ձեր անունից ուրիշները ծախսել եք Medicare Մաս D-ի դեղերի ձեռքբերման համար, և ընդհանուր գումարը, որը մենք վճարել ենք Medicare Մաս D-ի յուրաքանչյուր դեղի համար ամսվա ընթացքում: Այս EOB-ն օրինագիծ չէ: EOB-ում կան լրացուցիչ տեղեկություններ ձեր ընդունած դեղերի մասին, օրինակ, թե ինչքան է դրանց գինը բարձրացել, և ավելի ցածր համավճարով ինչ դեղեր են հասանելի: Ավելի ցածր գնով դեղերի տարբերակների մասին կարող եք խորհրդակցել ձեր դեղերը նշանակող բժշկի հետ: Սույն *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 6-ը** լրացուցիչ տեղեկություններ է տրամադրում EOB և այն մասին, թե ինչպես է այն օգնում ձեզ հետևել ձեր դեղերի ծածկույթին:

Դուք կարող եք նաև խնդրել EOB: Դրա օրինակը ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:

Կարող եք նաև ընտրել ձեր **Մաս D-ի EOB-ն** առցանց դիտելու տարբերակը՝ այն փոստով ստանալու փոխարեն: Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար այցելեք kp.org/goinggreen և մուտք գործեք ձեր հաշիվ՝ տեղեկանալու, թե ինչպես ընտրել ձեր **Մաս D-ի EOB** անվտանգ կերպով առցանց դիտելու տարբերակը:

K. Ձեր անդամակցության տվյալների թարմ պահելը

Դուք որպես անդամ՝ կարող եք թարմացնել ձեր տվյալների բազան՝ տեղեկացնելով մեզ, երբ այնտեղ փոփոխություններ են լինում:

Մեզ այդ տվյալներն անհրաժեշտ են, որպեսզի համոզված լինենք, որ մեր արձանագրություններում ձեր մասին ճիշտ տեղեկատվություն է պահպանվում: Մեր ծրագրի ցանցի բժիշկները, հիվանդանոցները, դեղագործները և այլ մատակարարներ օգտագործում են ձեր անդամակցության գրանցամատյանը՝ իմանալու համար, թե որ ծառայություններն ու դեղերն են ապահովագրվում, և ձեր ծախսերի բաշխման չափը: Այդ պատճառով շատ կարևոր է օգնել մեզ ձեր մասին տեղեկեկությունները թարմացնել:

Դուք պետք է անմիջապես տեղեկացնեք մեզ հետևյալ դեպքերում՝

- ձեր անվան, հասցեի կամ հեռախոսահամարի հետ կապված փոփոխություններ,
- ցանկացած այլ բժշկական ապահովագրությանը վերաբերող փոփոխություններ, օրինակ՝ ձեր գործատուի, ձեր ամուսնու գործատուի կամ ձեր զուգընկերոջ գործատուի, կամ էլ՝ աշխատողների կողմից տրվող ապահովագրավճարների փոփոխություններ,
- վնասապահանջները, օրինակ՝ ավտովթարի հետ կապված վնասապահանջը,
- խնամքի հաստատություն կամ հիվանդանոց ընդունվելու դեպքում,
- հիվանդանոցում կամ շտապ օգնության բաժնում բուժօգնություն ստանալու դեպքում,
- ձեր խնամակալի (կամ ձեր համար պատասխանատու որևէ անձի) փոփոխությունները, **և**,
- եթե մասնակցում եք կլինիկական որևէ հետազոտության: (**Նշում.** ձեզանից չի պահանջվում պատմել մեզ կլինիկական հետազոտության մասին, որին մասնակցում եք, բայց մենք ձեզ հորդորում ենք դա անել):

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն այս էջի ներքևում նշված համարով:

K1. Անձնական առողջապահական տեղեկատվության (PHI) գաղտնիությունը

Ձեր անդամակցության գրանցամատյանում առկա տեղեկությունները կարող են ներառել անձնական առողջապահական տեղեկատվություն (personal health information, PHI): Համաձայն դաշնային և նահանգային օրենքների՝ մենք պարտավոր ենք գաղտնի պահել ձեր PHI-ը: Մենք պաշտպանում ենք ձեր բժշկական PHI-ը: Ձեր PHI պաշտպանության վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 8-ը**:

Գլուխ 2. Կարևոր հեռախոսահամարներ և ռեսուրսներ

Ներածություն

Այս գլխում նշված են կարևոր ռեսուրսների կոնտակտային տվյալները, որոնք կարող են օգնել ձեզ պատասխանել մեր պլանի և ձեր խնամքի նպաստների վերաբերյալ ձեր հարցերին: Դուք կարող եք նաև այս գլխում ստանալ տեղեկություններ այն մասին, թե ինչպես կապ հաստատել ձեր խնամքի համակարգողի և ուրիշների հետ՝ ձեր անունից ներկայանալու համար: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով այս *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Գլուխ 2 Բովանդակություն

A. Անդամների սպասարկման բաժին 29

B. Ձեր խնամքի համակարգող 36

C. Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP) 38

D. Բուժքույրական խորհրդատվության հեռախոսագիծ 39

E. Որակի բարելավման կազմակերպություն (QIO) 40

F. Medicare 41

G. Medi-Cal 43

H. Medi-Cal-ի կառավարվող խնամքի և հոգեկան առողջության օմբուդսմենի գրասենյակ 44

I. Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայություններ 45

J. Վարչաշրջանի վարքագծային առողջության ծառայությունների գործակալություն 56

K. Կալիֆոռնիայի Կառավարվող խնամքի վարչություն 64

L. Առողջապահության սպառողների դաշինք (HCA) 64

M. Ծրագրեր՝ օգնելու անհատներին վճարել դեղերի համար 64

M1. Լրացուցիչ օգնություն Medicare-ից 65

M2. ՁԻԱՀ-ի դեմ դեղերի աջակցության պլան (ADAP) 66

M3. Medicare-ի Դեղատոմսով դեղերի վճարման պլան 66

N. Սոցիալական ապահովություն 67

O. Երկաթուղու կենսաթոշակային խորհուրդ (RRB) 68

P. Medicare Medi-Cal Օմբուդսմենի պլան 69

Q. Medi-Cal Dental 70

A. Անդամների սպասարկման բաժին

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-443-0815: Այս զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը
ԳՐԵՔ	Ձեր տեղական Անդամների սպասարկման գրասենյակը (գրասենյակների գտնվելու վայրերի համար տե՛ս *Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրքը*):
ԿԱՅՔ	kp.org

Կապվեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ՝ հետևյալ հարցերում օգնություն ստանալու համար.

- ՈՒնեք հարցեր այս պլանի վերաբերյալ
- Պահանջների կամ վճարային հաշիվների հետ կապված հարցեր:

Խնամքի վերաբերյալ ապահովագրական որոշումներ, բողոքարկումներ և բողոքներ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-443-0815: Այս զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում: Եթե ձեր ծածկույթի վերաբերյալ որոշումը, բողոքարկումը կամ բողոքը համապատասխանում է արագ որոշման համար սահմանված չափանիշներին, ինչպես նկարագրված է **Գլուխ 9-ում**, զանգահարեք Արագացված վերանայման բաժին՝ 1-888-987-7247 հեռախոսահամարով, ժամը 8:30 a.m.-ից 5 p.m., շաբաթը 7 օր:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը
ՖԱՔՍ	Եթե ձեր ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումը, բողոքարկումը կամ գանգատը ենթադրում է արագ վճռի կայացում, ձեր հայցադիմումը ֆաքսով ուղարկեք Արագացված վերանայման բաժին՝ 1-888-987-2252 համարով:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-443-0815: Այս զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում: Եթե ձեր ծածկույթի վերաբերյալ որոշումը, բողոքարկումը կամ բողոքը համապատասխանում է արագ որոշման համար սահմանված չափանիշներին, ինչպես նկարագրված է **Գլուխ 9-ում**, զանգահարեք Արագացված վերանայման բաժին՝ 1-888-987-7247 հեռախոսահամարով, ժամը 8:30 a.m.-ից 5 p.m., շաբաթը 7 օր:
ԳՐԵՔ	Փոխհատուցման վերաբերյալ ստանդարտ որոշման կամ բողոքի համար գրավոր դիմեք ձեր տեղական Անդամների սպասարկման գրասենյակ (գրասենյակների գտնվելու վայրերի համար տե՛ս *Մատակարարներիի և դեղատների տեղեկատուն*): Ստանդարտ բողոքարկման համար գրեք այն հասցեին, որը նշված է մերժման ծանուցման մեջ, որը մենք ձեզ ենք ուղարկում: Եթե ձեր ապահովագրական որոշումը, բողոքարկումը կամ բողոքը համապատասխանում է արագ որոշման իրավասությանը, գրեք՝ Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
ԿԱՅՔ	Դուք կարող եք մեր ծրագրի վերաբերյալ բողոք ուղարկել անմիջապես Medicare-ին: Medicare-ին առցանց բողոք ներկայացնելու համար այցելեք՝ www.medicare.gov/my/medicare-complaint:

- ձեր խնամքի ապահովագրության հետ կապված որոշումներ:
  - ձեր խնամքի ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումները վերաբերում են.
    - ձեր նպաստների և ծածկվող ծառայությունների վերաբերյալ, **կամ**
    - այն գումարը, որը մենք վճարում ենք ձեր առողջապահական ծառայությունների համար:
  - Զանգահարեք մեզ, եթե հարցեր ունեք ձեր խնամքի ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումների վերաբերյալ:
  - Ծածկույթի վերաբերյալ որոշումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը**:

- ձեր խնամքի հետ կապված բողոքարկումներ
  - Բողոքարկումը պաշտոնական եղանակ է՝ խնդրելու մեզ վերանայել ձեր ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված մեր կայացրած որոշումը և խնդրելու փոխել այն, եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել կամ եթե համաձայն չեք որոշման հետ:
  - Բողոքարկում ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը** կամ կապվեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ:
- ձեր խնամքի հետ կապված բողոքներ:
  - Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել մեր կամ ցանկացած բուծառայություններ մատուցողի (ներառյալ ոչ ցանցի կամ ցանցի բուժծառայություններ մատուցողի) դեմ: Ցանցի մատակարարը մատակարարն է, ով աշխատում է մեր ծրագրի հետ: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել ձեր ստացած խնամքի որակի վերաբերյալ մեզ կամ Որակի բարելավման կազմակերպությանը (Quality Improvement Organization, QIO) ձեր ստացած խնամքի որակի վերաբերյալ (անցեք **Բաժին E**):
  - Կարող եք զանգահարել մեզ և ներկայացնել ձեր բողոքը 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով, (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.:
  - Եթե ձեր բողոքը վերաբերում է ձեր խնամքի ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշմանը, կարող եք բողոքարկել (տե՛ս վերոնշյալ բաժինը):
  - Դուք կարող եք մեր ծրագրի վերաբերյալ բողոք ուղարկել Medicare-ին: Կարող եք օգտվել առցանց ձևաթղթից՝ www.medicare.gov/my/medicare-complaint: Կամ կարող եք զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ՝ օգնության համար:
  - Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել մեր պլանի վերաբերյալ Medicare Medi-Cal Ombudsperson ծրագրին՝ զանգահարելով 1-855-501-3077:
  - Բողոքարկում ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը**կամ կապվեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ:

Ապահովագրության որոշումներ Մաս D-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	South ծրագրեր՝ 1-888-791-7213 North ծրագրեր՝ 1-877-645-1282 Այս զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711 Այս զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը

ՖԱՔՍ	1-844-403-1028
ԳՐԵՔ	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
ԿԱՅՔ	kp.org

- ձեր դեղերի ծածկույթի վերաբերյալ որոշումներ
  - Ձեր դեղերի մասին ապահովագրության որոշումը հետևյալ որոշումն է.
    - ձեր նպաստները և Medicare-ի ապահովագրված դեղերը **կամ**
    - այն գումարը, որը մենք վճարում ենք ձեր դեղերի համար:
  - Չփոխհատուցվող Medicare-ի դեղերը, օրինակ՝ առանց դեղատոմսի (over-the-counter, OTC) բաց թողնվող դեղամիջոցներ և որոշ վիտամիններ, կարող են փոխհատուցվել Medi-Cal Rx-ի կողմից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Medi-Cal Rx-ի կայք՝ (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/): Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-977-2273 հեռախոսահամարով:
  - Ձեր դեղերի ծածկույթի վերաբերյալ որոշումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը**:

Բողոքարկում Մաս D դեղերի հետ կապված

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-866-206-2973 Այս զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8:30 a.m.-ից 5 p.m.: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8:30 a.m.-ից 5 p.m.:
ՖԱՔՍ	1-866-206-2974
ԳՐԵՔ	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
ԿԱՅՔ	kp.org

- բողոքարկում ձեր դեղերի հետ կապված
  - Բողոքարկումը միջոց է՝ խնդրելու մեզ փոխել ապահովագրական որոշումը:
  - Ձեր դեղերի ծածկույթի վերաբերյալ որոշումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը**:

Բողոքներ Մաս D դեղերի համար

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-443-0815: Այս զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը Եթե ձեր բողոքը ենթադրում է արագ վճռի կայացում, զանգահարեք Մաս D-ի դեղերի հարցերով զբաղվող կենտրոն՝ 1-866-206-2973 հեռախոսահամարով, շաբաթը 7 օր, ժամը 8:30 a.m.-ից 5 p.m.: Տե՛ս **Գլուխ 9-ը** ՝ պարզելու համար, թե արդյոք ձեր հարցը համապատասխանում է արագ որոշման չափանիշներին: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը
ՖԱՔՍ	Եթե ձեր բողոքը ենթադրում է արագ վճռի կայացում, ապա ձեր հայցադիմումը ֆաքսով ուղարկեք Մաս D-ի դեղերի հարցերով զբաղվող կենտրոն՝ 1-866-206-2974 հեռախոսահամարով:
ԳՐԵՔ	Ծածկույթի վերաբերյալ ստանդարտ որոշման կամ բողոքի համար գրավոր դիմեք ձեր տեղական Անդամների սպասարկման գրասենյակ (գրասենյակների գտնվելու վայրերի համար տե՛ս *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*): Եթե ձեր բողոքը համապատասխանում է արագ որոշման իրավասությանը, գրեք՝ Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
ԿԱՅՔ	Դուք կարող եք մեր ծրագրի վերաբերյալ բողոք ուղարկել անմիջապես Medicare-ին: Medicare-ին առցանց բողոք ներկայացնելու համար այցելեք՝ www.medicare.gov/my/medicare-complaint:

- բողոքներ ձեր դեղերի վերաբերյալ
  - Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել մեր կամ ցանկացած դեղատան մասին: Սա ներառում է ձեր դեղերի վերաբերյալ բողոքը:
  - Եթե ձեր բողոքը վերաբերում է ձեր դեղատոմսով դեղերի ապահովագրական որոշմանը, կարող եք բողոքարկել: (Տես վերոնշյալ բաժինը):
  - Դուք կարող եք մեր ծրագրի վերաբերյալ բողոք ուղարկել Medicare-ին: Կարող եք օգտվել առցանց ձևաթղթից՝ www.medicare.gov/my/medicare-complaint: Կամ կարող եք զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ՝ օգնության համար:
  - Ձեր դեղերի վերաբերյալ բողոք ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 9-ը:

Վճարման պահանջներ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-443-0815: Այս զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը **Նշում.** եթե պահանջում եք ցանցի մատակարարի կողմից նշանակված և ցանցի դեղատնից ձեռք բերված Մաս D-ի որևէ դեղի վճարում, զանգահարեք Մաս D-ի դեղերի հարցով զբաղվող կենտրոն՝ 1-866-206-2973 հեռախոսահամարով: Ժամը 8:30 a.m.-ից 5 p.m., շաբաթը 7 օր Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը
ԳՐԵՔ	Խնամքի հետ կապված հարցերով գրեք՝ **South plans:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004 **North plans:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923

	Մաս D դեղերի հետ կապված՝ Եթե պահանջում եք ցանցի մատակարարի կողմից նշանակված և նրա կողմից տրամադրված Մաս D-ի որևէ դեղի վճարում, կարող եք ձեր հայցադիմումը ֆաքսով ուղարկել այս համարին՝ 1-866-206-2974 կամ փոստով ուղարկել հետևյալ հասցեով՝ Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
ԿԱՅՔ	kp.org

- ձեր կողմից արդեն վճարված առողջապահական ծառայությունների կամ դեղերի դիմաց վճարում
  - Մեր կողմից ձեզ վճարված գումարը փոխհատուցելու կամ ձեր ստացած հաշիվը վճարելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 7-ը։
  - Եթե դուք պահանջում եք մեզ վճարել հաշիվը, և մենք մերժում ենք ձեր պահանջի որևէ մասը, դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը։ Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը** :

B. Ձեր խնամքի համակարգող

Խնամքի համակարգողն այն անձն է, ով օգնում է ձեզ կազմակերպել ձեզ անհրաժեշտ խնամքը: Երբ գրանցվեք մեր ծրագրում, ձեզ կտրամադրվի խնամքի համակարգող: Դա ձեզ համար անվճար է: Մենք կհամակարգենք այլ ծրագրերի հետ, որպեսզի դուք ստանաք բոլոր բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ, Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված ծառայությունները, նույնիսկ եթե այդ ծառայություններն ապահովագրվում են այլ ծրագրի, և ոչ թե մեր կողմից: Խնամքի համակարգողի և խնամքի թիմի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-443-0815: Այս զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը
ԳՐԵՔ	Ձեր տեղական Անդամների սպասարկման գրասենյակը (գրասենյակների գտնվելու վայրերի համար տե՛ս *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*):
ԿԱՅՔ	kp.org

Կապվեք ձեր խնամքը համակարգողի հետ՝ հետևյալ հարցերում օգնություն ստանալու համար.

- խնամքի հետ կապված հարցեր
- վարքագծային խանգարումների հետ կապված (հոգեկան առողջության և թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումներ) ծառայություններ ստանալու վերաբերյալ հարցեր
- հարցեր ատամնաբուժական նպաստների վերաբերյալ
- հարցեր բժշկական այցելություններին ներկայանալու հետ կապված փոխադրումների վերաբերյալ
- երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցության (LTSS)՝ ներառյալ Մեծահասակների համայնքային ծառայությունները (Community- Based Adult Services, CBAS) և Բուժքույրական հաստատությունների (Nursing Facilities, NF) վերաբերյալ հարցեր

Դուք կարող եք ստանալ հետևյալ ծառայությունները՝

- Չափահասների համայնքային ծառայություններ (CBAS)
- որակավորված բուժքույրական խնամք
- ֆիզիոթերապիա
- արտադրական թերապիա
- խոսքային թերապիա
- բժշկական սոցիալական ծառայություններ
- տնային խնամք
- Տնային աջակցության ծառայություններ (In-Home Supportive Services, IHSS) ձեր վարչաշրջանի սոցիալական ծառայության գործակալության միջոցով
- երբեմն կարող եք օգնություն ստանալ ձեր ամենօրյա առողջապահական և կենցաղային կարիքների համար

C. Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP)

Նահանգային առողջապահական ապահովագրության օգնության պլանը (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) կառավարական պլան է, որն ունի յուրաքանչյուր նահանգում մասնագիտացված խորհրդատուներ և առաջարկում է անվճար օգնություն, տեղեկություններ և պատասխաններ ձեր Medicare-ի վերաբերյալ հարցերին: Կալիֆոռնիայում SHIP պլանը կոչվում է Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP): HICAP-ի խորհրդատուները կարող են պատասխանել ձեր հարցերին և օգնել ձեզ հասկանալ, թե ինչ է հարկավոր անել՝ ձեր խնդիրը լուծելու համար: HICAP-ն ունի վերապատրաստված խորհրդատուներ յուրաքանչյուր վարչաշրջանում, իսկ ծառայություններն անվճար են:

HICAP-ը անկախ նահանագային պլան է (կապված չէ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական պլանի հետ), որը դաշնային կառավարությունից գումար է ստանում Medicare ունեցող անձանց անվճար տեղական առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվություն տրամադրելու համար:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-434-0222 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	Ձեր վարչաշրջանի HICAP գրասենյակը: Ձեր վարչաշրջանի հասցեն գտնելու համար սեղմեք ստորև նշված հղմանը և տե՛ս «Ինչպես գտնել ծառայություններ իմ տարածքում» բաժինը:
ԿԱՅՔ	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

Կապվեք HICAP-ի հետ՝ հետևյալ հարցերում օգնություն ստանալու համար.

- խնամքի հետ կապված հարցեր:
- HICAP-ի խորհրդատուները կարող են պատասխանել նոր պլանին անցնելու հետ կապված ձեր հարցերին և օգնել հետևյալ հարցերով՝
  - հասկանալու ձեր իրավունքները,
  - հասկանալու ձեր պլանի տարբերակները,
  - պատասխաններ ստանալու ծրագրերը փոխելու վերաբերյալ հարցերին,
  - բողոքներ ներկայացնելու ձեր առողջապահական ծառայությունների կամ բուժման վերաբերյալ, **և**
  - օգնելու վճարումների կամ պահանջների հետ կապված խնդիրների դեպքում:

D. Բուժքույրական խորհրդատվության հեռախոսագիծ

Մենք գիտենք, որ երբեմն դժվար է հասկանալ, թե ինչ տեսակի խնամքի կարիք ունեք: Մենք ունենք լիցենզավորված բուժաշխատողներ, որոնք հասանելի են՝ աջակցելու ձեզ հեռախոսով օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: Դուք կարող եք՝

- Զրուցեք առողջական խնամքի մասնագետի հետ, որը կպատասխանի Ձեր բժշկական հարցերին, խնամքի մասին խորհուրդ կտա և կօգնի որոշել, եթե պետք է անմիջապես մատակարարի այցելեք
- Օգնություն ստացեք բժշկական վիճակների համար, օրինակ՝ շաքարախտ կամ ասթմա, ներառյալ՝ խորհուրդ, թե ինչ տեսակի մատակարար է ճիշտ ձեր վիճակի համար
- Տեղեկանալ, թե ինչ է հարկավոր անել, եթե խնամքի կարիք ունեք, իսկ մեր պլանով առաջարկվող հաստատությունը փակ է, կամ եթե գտնվում եք մեր սպասարկման տարածքից դուրս:

Երբ զանգահարեք, հատուկ պատրաստություն անցած աշխատակիցը կարող է ձեզ հարցեր տալ, որպեսզի պարզի, թե ում ուղղել ձեր զանգը: Ձեր առողջության կամ առողջապահական խնամքի վերաբերյալ հարցերի դեպքում կարող եք կապվել Բուժքույրական խորհրդատվության հեռախոսագծի հետ:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-833-574-2273: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:

E. Որակի բարելավման կազմակերպություն (QIO)

Մեր նահանգում գործում է Commence Health անունով կազմակերպություն: Սա բժիշկների և առողջապահական այլ մասնագետների խումբ է, որոնք օգնում են բարելավել Medicare-ով մարդկանց խնամքի որակը: Commence Health-ն անկախ կազմակերպություն է: Այն կապված չէ մեր պլանի հետ:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-877-588-1123
TTY	711
ԳՐԵՔ	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
ԿԱՅՔ	http://www.livantaqio.cms.gov

Կապվեք Commence Health-ի հետ՝ հետևյալ հարցերում օգնություն ստանալու համար.

- ձեր առողջապահական իրավունքների վերաբերյալ հարցերի մասին
- դուք կարող եք բողոք ներկայացնել ձեզ տրամադրված խնամքի վերաբերյալ, եթե.
  - ունեք խնամքի որակի հետ կապված խնդիր, օրինակ՝ ստանում եք սխալ դեղորայք, անցնում եք ավելորդ թեստեր կամ ընթացակարգեր կամ սխալ ախտորոշում,
  - կարծում եք, որ ձեր հիվանդանոցում մնալը շատ շուտ է ավարտվում, **կամ**
  - կարծում եք, որ ձեր տնային առողջապահական խնամքը, հմուտ բուժքույրական հաստատության խնամքը կամ համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) ծառայությունները շատ կարճ են տևում:

F. Medicare

Medicare-ը դաշնային առողջապահական ապահովագրական պլան է՝ նախատեսված առնվազն 65 տարեկան անձանց, 65 տարեկանից փոքր հաշմանդամություն ունեցող որոշ անձանց և երիկամային հիվանդության վերջին փուլում գտնվող անձանց համար (մշտական երիկամային անբավարարություն, որի համար պահանջվում է դիալիզ կամ երիկամի փոխպատվաստում):

Medicare-ի համար պատասխանատու դաշնային գործակալությունը Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոններն են կամ CMS-ը: Այս գործակալությունը պայմանագրեր է կնքել Medicare Advantage կազմակերպությունների հետ, այդ թվում՝ մեր պլանի հետ:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Այս համարին զանգերն անվճար են, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
TTY	1-877-486-2048: Այս զանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԶՐՈՒՅՑԵԼ ԱՌՑԱՆՑ	Զրուցեք առցանց՝ www.Medicare.gov/talk-to-someone հղումով:
ԳՐԵՔ	Գրավոր դիմեք Medicare-ին՝ P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044
ԿԱՅՔ	www.medicare.gov • Ստացեք տեղեկություններ ձեր տարածքում գործող Medicare առողջապահական և դեղորայքային պլանի, այդ թվում՝ դրանց արժեքի և մատուցվող ծառայությունների մասին: • Գտեք Medicare-ին մասնակցող բժիշկների կամ առողջապահական ծառայություններ մատուցող այլ մասնագետների և մատակարարների: • Իմացեք, թե ինչ ծառայություններ է ծածկում Medicare-ը, ներառյալ կանխարգելիչ ծառայությունները (օրինակ՝ զննումները, պատվաստումները և տարեկան «առողջության ստուգման» այցելությունները): • Ստացեք Medicare-ի բողոքարկումների վերաբերյալ տեղեկություններ և ձևաթղթեր:

- Ստացեք տեղեկություններ պլանների, խնամքի տների, հիվանդանոցների, բժիշկների, տնային առողջապահական գործակալությունների, դիալիզի կենտրոնների, հոսպիսային կենտրոնների, ստացիոնար վերականգնողական կենտրոնների և երկարատև խնամքի հիվանդանոցների կողմից տրամադրվող խնամքի որակի մասին:
- Գտեք օգտակար կայքեր և հեռախոսահամարներ:

Medicare-ին բողոք ներկայացնելու համար, անցեք՝ www.medicare.gov/my/medicare-complaint Medicare-ը լուրջ է վերաբերվում ձեր բողոքներին և այս տեղեկությունները կօգտագործի՝ նպատակ ունենալով բարելավել Medicare ծրագրի որակը

G. Medi-Cal

Medi-Cal-ը Կալիֆոռնիայի Medicaid ծրագրի անվանումն է: Սա առողջության ապահովագրության հանրային պլան է, որն ապահովում է անհրաժեշտ առողջապահական ծառայություններ ցածր եկամուտ ունեցող անձանց, այդ թվում՝ երեխաներ ունեցող ընտանիքների, տարեցների, հաշմանդամություն ունեցող անձանց, խնամատարության տակ գտնվող երեխաների և երիտասարդների և հղի կանանց համար: Medi-Cal-ը ֆինանսավորվում է նահանգային և դաշնային կառավարության միջոցներից:

Medi-Cal-ի նպաստները ներառում են բժշկական, ատամնաբուժական, վարքագծային առողջության, ինչպես նաև երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն:

Դուք ընդգրկված եք Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծրագրերում: Եթե հարցեր ունեք ձեր Medi-Cal նպաստների վերաբերյալ, զանգահարեք ձեր ծրագրի խնամքի համակարգողին: Եթե հարցեր ունեք Medi-Cal պլանում գրանցվելու վերաբերյալ, զանգահարեք Health Care Options-ի գրասենյակ:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-430-4263 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 6 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Այս համարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԳՐԵՔ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ԿԱՅՔ	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en

H. Medi-Cal-ի կառավարվող խնամքի և հոգեկան առողջության օմբուդսմենի գրասենյակ

Մարդու իրավունքների պաշտպանի գրասենյակը օգնում է լուծել խնդիրները չեզոք տեսանկյունից՝ ապահովելու համար, որ մեր անդամները ստանան բոլոր բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ապահովագրված ծառայությունները: Նրանք կլսեն, կպատասխանեն ձեր հարցերին, կվերլուծեն ձեր իրավիճակը, կբացատրեն քաղաքականությունն ու ընթացակարգերը, կտրամադրեն տեղեկություն, խորհուրդներ և տարբերակներ, ինչպես նաև կառաջարկեն համապատասխան ուղղորդումներ: Գրասենյակի խնդիրն է օգնել մշակել խնամքի հասանելիության խնդիրների հետ կապված արդար լուծումներ: Նրանք կապված չեն մեր ծրագրի կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: Նրանց ծառայություններն անվճար են:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-452-8609: Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Այս համարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԳՐԵՔ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
Էլ. փոստի հասցե	MMCDOmbudspersonOffice@dhcs.ca.gov
ԿԱՅՔ	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-Ombudsperson.aspx

I. Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայություններ

Եթե Medi-Cal վճարովի ծառայությունների նպաստների հետ կապված օգնության կարիք ունեք, դիմեք ձեր տեղական Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայություններին:

Դիմեք ձեր Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների գործակալությանը՝
Տնային աջակցության ծառայությունների համար դիմելու համար, որը կօգնի վճարել ձեզ տրամադրվող ծառայությունների համար, որպեսզի ապահով լինեք ձեր սեփական տանը: Ծառայությունները կարող են ներառել հետևյալ տեսակները՝ սնունդ պատրաստելու, լողանալու, հագնվելու, լվացքի, գնումների կամ փոխադրման հարցում օգնությունը:

Medi-Cal-ի ձեր իրավասության վերաբերյալ ցանկացած հարցի դեպքում կապվեք ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների գործակալության հետ: Գտեք ձեր վարչաշրջանի աղյուսակը ստորև՝ ձեր վարչաշրջանի հոգեկան առողջության ծառայությունների գործակալության կոնտակտային տվյալներն իմանալու համար:

Alameda վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-999-4772 Այս զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 7:30 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	Ձեզ մոտ գտնվող գրասենյակի փոստային հասցեն գտնելու համար այցելեք https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices
ԿԱՅՔ	https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices

Amador վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-844-835-3685 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	Ձեզ մոտ գտնվող գրասենյակի փոստային հասցեն գտնելու համար այցելեք https://www.amadorgov.org/services/social-services
ԿԱՅՔ	https://www.amadorgov.org/services/social-services

Contra Costa վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-866-663-3225 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	40 Douglas Drive Martinez, CA 94553
ԿԱՅՔ	https://www.contracosta.ca.gov/

El Dorado վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-530-642-7300 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	Ձեզ մոտ գտնվող գրասենյակի փոստային հասցեն գտնելու համար այցելեք https://www.eldoradocounty.ca.gov/Health-Well-Being/Human-Services
ԿԱՅՔ	https://www.eldoradocounty.ca.gov/Home

Fresno վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների վարչություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-855-832-8082 Այս զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 7:30 a.m.-ից 4:30 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	Fresno County DSS P.O. Box 1912 Fresno, CA 93718-1912
ԿԱՅՔ	https://www.fresnocountyca.gov/Departments/Social-Services

Kern վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-877-410-8812 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 7:30 a.m.-ից 4 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	Ձեզ մոտ գտնվող գրասենյակի փոստային հասցեն գտնելու համար այցելեք՝ https://www.kcdhs.org/about-dhs/about-us/office-hours-and-locations
ԿԱՅՔ	https://www.kcdhs.org/

Kings վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-877-410-8813 Այս զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից հինգշաբթի, ժամը 8 a.m.-ից 5:00p.m, և և ուրբաթ, ժամը 8:00-ից 17:00
TTY	711
ԳՐԵՔ	1400 W. Lacey Blvd., Bldg. #8 Hanford, CA 93230
ԿԱՅՔ	https://www.countyofkingsca.gov/departments/human-services-agency

Los Angeles վարչաշրջանի Հանրային սոցիալական ծառայությունների վարչություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-866-613-3777 Այս զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 7:30 a.m.-ից 7:30 p.m. Շաբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 4:30 p.m. Բացառությամբ տոնական օրերի
TTY	711
ԳՐԵՔ	Ձեզ մոտ գտնվող գրասենյակի փոստային հասցեն գտնելու համար այցելեք https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html:
ԿԱՅՔ	https://dpss.lacounty.gov

Madera վարչաշրջանի Հանրային սոցիալական ծառայությունների վարչություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-559-675-7841 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	1626 Sunrise Ave Madera, CA 93638
ԿԱՅՔ	https://www.maderacounty.com/government/social-services

Marin վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-877-410-8817 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 4:30 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	10 N San Pedro Rd, San Rafael, CA 94903
ԿԱՅՔ	https://www.marinhhs.org

Mariposa վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-266-3609 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	P.O. Box 99 Mariposa, CA 95338
ԿԱՅՔ	https://www.mariposacounty.org/

Napa վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-707-253-4279 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	2751 Napa Valley Corporate Drive Building B Napa, CA 94558
ԿԱՅՔ	https://www.countyofnapa.org/156/HHSA

Orange վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-281-9799 Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
TTY	711
ԳՐԵՔ	Ձեզ մոտ գտնվող գրասենյակի փոստային հասցեն գտնելու համար այցելեք https://ssa.ocgov.com/about-us/office-locations/office-location-list:
ԿԱՅՔ	https://ssa.ocgov.com/

Placer վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-530-886-1870 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	11434 B Ave Auburn, CA 95603
ԿԱՅՔ	https://www.placer.ca.gov/1679/Health-Human-Services

Riverside վարչաշրջանի Հանրային սոցիալական ծառայությունների վարչություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-877-410-8827 Այս զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
ԿԱՅՔ	https://rivcodpss.org/

Sacramento վարչաշրջանի Մարդկային աջակցության վարչություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-560-0976 Այս զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, 8 a.m.-ից 4 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	Ձեզ մոտ գտնվող գրասենյակի փոստային հասցեն գտնելու համար այցելեք https://ha.saccounty.gov/benefits/medi-cal/Pages/Medi-Cal.aspx
ԿԱՅՔ	https://dcfas.saccounty.net/SAS/Pages/SAS-Home.aspx

San Bernardino վարչաշրջանի Ծերացման և մեծահասակների ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-909-891-3900 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
ԿԱՅՔ	https://hss.sbcounty.gov/daas/

San Diego վարչաշրջանի Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-866-262-9881 Այս զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 7 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	Health and Human Services Agency County of San Diego 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
ԿԱՅՔ	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medi-cal_program/index.html

San Francisco վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-415-557-5000 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	Ձեզ մոտ գտնվող գրասենյակի փոստային հասցեն գտնելու համար այցելեք https://www.sfhsa.org/contact-us/locations
ԿԱՅՔ	https://www.sfhsa.org/

San Joaquin վարչաշրջանի Մարդկային ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-209-468-1000 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	Ձեզ մոտ գտնվող գրասենյակի փոստային հասցեն գտնելու համար այցելեք https://www.sjchsa.org/About-Us/Contact-Us
ԿԱՅՔ	https://www.sjchsa.org/

San Mateo վարչաշրջանի Առողջապահության վարչություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	Ծերացման և տարեցների արտակարգ իրավիճակների և խորհրդատվության հեռախոսագիծ 1-844-868-0938 Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
TTY	711
ԳՐԵՔ	San Mateo County Aging and Adult Services 225 W. 37th Avenue San Mateo, CA 94403
ԿԱՅՔ	https://www.smchealth.org

Santa Clara վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-877-962-3633 Այս զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m., բացառությամբ վարչաշրջանի տոնական օրերի:
TTY	711
ԳՐԵՔ	353 West Julian San Jose, CA 95110
ԿԱՅՔ	https://socialservices.sccgov.org

Santa Cruz վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-421-8080 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	Ձեզ մոտ գտնվող գրասենյակի փոստային հասցեն գտնելու համար այցելեք https://www.santacruzhumanservices.org/ContactUs
ԿԱՅՔ	https://www.santacruzhumanservices.org/

Solano վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-707-784-8400 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	275 Beck Avenue Fairfield, CA 94533
ԿԱՅՔ	https://www.solanocounty.com/depts/hss/default.asp

Sonoma վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-707-565-4700 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	1450 Neotomas Avenue, Suite 200 Santa Rosa, CA 95405
ԿԱՅՔ	https://sonomacounty.ca.gov/health-and-human-services

Stanislaus վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-877-652-0734 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	P.O. Box 3271 Modesto, CA 95353
ԿԱՅՔ	https://www.stancounty.com/

Tulare վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-540-6880 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 7:30 a.m.-ից 5 p.m. Ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 12 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	5957 South Mooney Blvd. Visalia, California 93277
ԿԱՅՔ	https://tchhsa.org/

Ventura վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-472-4463: Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	HSA Administration 855 Partridge Drive, Ventura, CA 93003
ԿԱՅՔ	https://www.ventura.org/human-services-agency/

Yolo վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-833-744-4472 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	Ձեզ մոտ գտնվող գրասենյակի փոստային հասցեն գտնելու համար այցելեք https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services/contact-us
ԿԱՅՔ	https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services

Yuba վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-877-652-0739 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.
TTY	711
ԳՐԵՔ	Yuba County Health and Human Services P.O. Box 2320 Marysville, CA 95901
ԿԱՅՔ	https://www.yuba.gov/departments/health_and_human_services

J. Վարչաշրջանի վարքագծային առողջության ծառայությունների գործակալություն

Medi-Cal-ի մասնագիտացված հոգեկան առողջության պահպանման և թմրամիջոցների օգտագործման խանգարումների ծառայությունները կարող եք ստանալ վարչաշրջանի շրջանակներում, եթե համապատասխանում եք պահանջվող չափանիշներին: Գտեք ձեր վարչաշրջանի աղյուսակը ստորև՝ ձեր վարչաշրջանի հոգեկան առողջության ծառայությունների գործակալության կոնտակտային տվյալներն իմանալու համար:

Alameda Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	Հոգեկան առողջություն՝ 1-800-491-9099: Այս զանգն անվճար է: Թմրամիջոցների չարաշահում՝ 1-844-682-7215: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	1-800-533-5018: Այս զանգն անվճար է: Այս համարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:

Amador Առողջապահական ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-310-6555: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Contra Costa Առողջապահական ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-678-7277: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

El Dorado Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-929-1955: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Fresno վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության վարչություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-654-3937: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Kern Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-991-5272: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Kings վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-655-2553: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Los Angeles վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-854-7771: Այս զանգն անվճար է: Այս համարին զանգերն անվճար են, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Madera վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-275-9779: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Marin Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-818-1115: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Mariposa Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-549-6741: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Napa Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-648-8650: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Orange վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության և վերականգնման ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-855-625-4657: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Placer Առողջապահական ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-886-5401: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Riverside վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-499-3008: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Sacramento վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-881-4881: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

San Bernardino վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության վարչություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-743-1478: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

San Diego վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայությունների վարչություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-724-7240: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

San Francisco Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-246-3333: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

San Joaquin Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-468-9370: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

San Mateo վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության և վերականգնման ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-686-0101: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Santa Clara Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-704-0900: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Santa Cruz Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-952-2335: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Solano Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-547-0495: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Sonoma Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-870-8786: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Stanislaus Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-376-6246: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Tulare Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	Հոգեկան առողջություն՝ 1-800-320-1616: Այս զանգն անվճար է: Նյութերի օգտագործման խանգարում՝ 1-866-732-4114: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Ventura Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-866-998-2243: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Yolo Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-965-6647: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	1-800-735-2929: Այս զանգն անվճար է: Այս համարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:

Yuba Վարքագծային առողջության ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-923-3800: Այս զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք տրամադրում ենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս զանգն անվճար է:

Կապվեք վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության գործակալության հետ՝ հետևյալ հարցերում օգնություն ստանալու համար.

- վարչաշրջանի կողմից տրամադրվող հոգեկան առողջության հատուկ ծառայությունների վերաբերյալ հարցեր
- վարչաշրջանի կողմից տրամադրվող նյութերի օգտագործման խանգարման ծառայությունների վերաբերյալ հարցեր

K. Կալիֆոռնիայի Կառավարվող խնամքի վարչություն

Կալիֆոռնիայի Կառավարվող խնամքի վարչությունը (Department of Managed Health Care, DMHC) կանոնակարգում է առողջապահական ծրագրերը: DMHC Օգնության կենտրոնը կարող է օգնել ձեզ Medi-Cal ծառայությունների վերաբերյալ բողոքարկումների և բողոքների հարցում:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-466-2219 DMHC-ի ներկայացուցիչները հասանելի են ժամը 8 a.m.-ից 6 p.m., երկուշաբթիից ուրբաթ:
TDD	1-877-688-9891 Այս համարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԳՐԵՔ	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ՖԱՔՍ	1-916-255-5241
ԿԱՅՔ	www.dmhc.ca.gov

L. Առողջապահության սպառողների դաշինք (HCA)

Առողջապահության սպառողների դաշինքը (Health Consumer Alliance, HCA) ևահանգային մակարդակով գործող գործընկերություն է, որը Կալիֆոռնիայի այն բնակիչներին, ովքեր դժվարություններ ունեն առողջապահական ապահովագրություն ստանալու կամ պահպանելու հարցում կամ իրենց առողջապահական ծրագրերի հետ կապված խնդիրներ լուծելու կարիք ունեն, տրամադրում է անվճար իրավական աջակցություն՝ առցանց, հեռախոսով կամ անձամբ: HCA-ի մասին ավելին իմանալու կամ հնարավոր աջակցություն ստանալու համար զանգահարեք 1-888-804-3536 հեռախոսահամարով կամ այցելեք www.healthconsumer.org

M. Ծրագրեր՝ օգնելու անհատներին վճարել դեղերի համար

Medicare-ի կայքը (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) տեղեկություններ է տրամադրում դեղերի ծախսերը նվազեցնելու եղանակների մասին: Սահմանափակ եկամուտ ունեցող մարդկանց համար կան նաև այլ օժանդակ ծրագրեր, որոնք նկարագրված են ստորև:

M1. Լրացուցիչ օգնություն Medicare-ից

Քանի որ դուք համապատասխանում եք Medi-Cal-ի պահանջներին, դուք համապատասխանում եք և ստանում եք «Լրացուցիչ օգնություն» Medicare-ից՝ վճարելու ձեր դեղերի պլանի ծախսերը: Այս «Լրացուցիչ օգնությունը» ստանալու համար ձեզ հարկավոր չէ որևէ բան անել:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Այս համարին զանգերն անվճար են, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
TTY	1-877-486-2048 Այս զանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԿԱՅՔ	www.medicare.gov

Եթե կարծում եք, որ դեղատանը սխալ չափի գումար եք վճարում ձեր դեղատոմսի համար, մեր պլանն ունի գործընթաց, որը կօգնի ձեզ ստանալ ձեր համավճարի ճիշտ գումարի ապացույցներ: Եթե դուք արդեն ունեք ճիշտ գումարի ապացույցներ, մենք կարող ենք օգնել ձեզ կիսվել դրանցով մեզ հետ:

- Եթե վստահ չեք, թե ինչ ապացույցներ պետք է տրամադրեք, ապա դիմեք ցանցի դեղատուն կամ Անդամների սպասարկման կենտրոն: Ապացույցը հաճախ Medi-Cal-ի կամ Սոցիալական ապահովության գրասենյակից տրամադրվող նամակն է, որը հաստատում է, որ դուք իրավասու եք ստանալ «Լրացուցիչ օգնություն»: Ապացույց կարող է լինել նաև պետության կողմից տրված փաստաթուղթը՝ ձեր իրավասության մասին տեղեկություններով, որը կապված է տնային և համայնքային ծառայությունների հետ:

- Անհրաժեշտ է, որ դուք կամ ձեր ներկայացուցիչը ապացույցներ տրամադրեք ցանցի դեղատանը ապահովագրված Մաս D դեղեր ստանալու ժամանակ, որպեսզի մենք ձեզնից գանձենք համավճարի համապատասխան գումարը, մինչև Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոնները (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) չթարմացնեն իրենց գրառումները, որտեղ կնշվի ձեր ընթացիկ կարգավիճակը: Երբ CMS-ը թարմացնի իր գրառումները, դուք այլևս կարիք չեք ունենա ապացույցներ ներկայացնել դեղատանը: Խնդրում ենք տրամադրել ձեր ապացույցները հետևյալ եղանակներից մեկով, որպեսզի մենք կարողանանք այն թարմացնելու համար ուղարկել CMS:

  - Գրեք Kaiser Permanente-ին՝
    California Service Center Attn:
    Best Available Evidence
    P.O. Box 232400
    San Diego, CA 92193-2400

  - Ֆաքս՝ 1-877-528-8579:

- Ներկայացրեք այն ցանցի դեղատուն կամ ցանցի հաստատության ձեր տարածքի Անդամների սպասարկման կենտրոն:

- Երբ մենք ստանանք ձեր համավճարի մակարդակը ցույց տվող ապացույցները, մենք կթարմացնենք մեր համակարգը, որպեսզի ձեր հաջորդ դեղատոմսը ստանալիս կարողանաք ճիշտ չափով համավճար վճարել: Եթե դուք գերազանցեք ձեր համավճարը, մենք կվերադարձնենք այն կամ չեկով, կամ ապագա համավճարի կրեդիտով: Եթե դեղատունը չի հավաքել ձեր համավճարը, և դուք պարտք ունեք, մենք կարող ենք վճարումը կատարել անմիջապես դեղատանը: Եթե նահանագը վճարել է ձեր անունից, մենք կարող ենք վճարումը կատարել անմիջապես նահանագին: Հարցերի դեպքում զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով:

M2. ՁԻԱՀ-ի դեմ դեղերի աջակցության պլան (ADAP)

ՁԻԱՀ-ի դեմ դեղերի աջակցության պլանը (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) հասանելի է դարձնում կենսական նշանակություն ունեցող ՄԻԱՎ-ի դեղամիջոցները ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով ապրող ADAP-ի մասնակցության իրավունք ունեցող մարդկանց համար: Medicare Մաս D դեղերը, որոնք նույնպես ADAP դեղացանկում են, կարող են ստանալ դեղատոմսերի արժեքի համօգտագործման օգնություն Կալիֆոռնիայի ՁԻԱՀ-ի դեղերի օգնության ծրագրի (ADAP) միջոցով: Նշում. ձեր նահանգում գործող ADAP-ին մասնակցելու համար մարդիկ պետք է համապատասխանեն որոշակի չափանիշների, ներառյալ՝ նահանգի բնակության և ՄԻԱՎ-ի կարգավիճակի ապացույցը, պետության կողմից սահմանված ցածր եկամուտը և չապահովագրված/թերապահովագրված կարգավիճակը: Եթե փոխեք ձեր պլանները, տեղեկացրեք ձեր տեղական ADAP գրանցման աշխատակցին, որպեսզի կարողանաք շարունակել օգնություն ստանալ: Իրավասության չափանիշների, ապահովագրված դեղերի կամ ծրագրին գրանցվելու վերաբերյալ տեղեկությունների համար զանգահարեք ADAP զանգերի կենտրոն՝ 1-844-421-7050 հեռախոսահամարով երկուշաբթիից՝ ուրբաթ, 8 a.m.-ից մինչև 5:00p.m (բացի տոնական օրերից):

M3. Medicare-ի Դեղատոմսով դեղերի վճարման պլան

Medicare-ի Դեղատոմսով դեղերի վճարման պլանը վճարման տարբերակ է, որն աշխատում է ձեր դեղերի ապահովագրության հետ՝ օգնելու ձեզ կառավարել ձեր ծրագրով ապահովագրված դեղերի համար ձեր գրպանից վճարվող ծախսերը՝ դրանք բաշխելով օրացուցային տարվա ընթացքում (հունվար-դեկտեմբեր): Medicare դեղամիջոցների պլանի կամ դեղամիջոցների հատուցումով Medicare առողջապահական ծրագրի (ինչպես, օրինակ, Medicare Advantage Plan-ը՝ դեղերի ծածկույթով) ցանկացած անձ կարող է օգտվել վճարման այս տարբերակից: **Այս վճարման տարբերակը կարող է օգնել ձեզ տնօրինել ձեր ամսական ծախսերը, սակայն այն զումար չի խնայում և չի նվազեցնում ձեր դեղերի արժեքները: Եթե դուք մասնակցում եք Medicare-ի դեղատոմսերի վճարման պլանին և մնում եք նույն պլանում, ապա այս տարբերակը շարունակելու համար ձեզ հարկավոր չէ որևէ բան անել:** «Լրացուցիչ օգնություն» Medicare-ից և ձեր SPAP-ի և ADAP-ի օգնությունը նրանց համար, որոնք համապատասխանում են պահանջներին, ավելի ձեռնտու է, քան մասնակցությունը վճարման այս տարբերակին՝ անկախ եկամտի մակարդակից, և դեղերի ծածկույթով պլանները պետք է առաջարկեն վճարման այս տարբերակը: Այս վճարման տարբերակի մասին ավելին իմանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով կամ այցելեք www.medicare.gov:

N. Սոցիալական ապահովություն

Սոցիալական ապահովությունը որոշում է Medicare-ի իրավասությունը և իրականացնում Medicare-ում գրանցումը:

Եթե տեղափոխվում եք կամ փոխում եք ձեր փոստային հասցեն, անպայման կապ հաստատեք Սոցիալական ապահովության հետ՝ նրանց այս մասին տեղյակ պահելու համար:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-772-1213: Այս համարին զանգերն անվճար են: Հասանելի է 8 a.m.-ից 7 p.m., երկուշաբթիից ուրբաթ: Դուք կարող եք օգտվել նրանց ավտոմատացված հեռախոսային ծառայություններից օրը 24 ժամ՝ ձայնագրված տեղեկատվություն ստանալու և որոշ գործեր վարելու համար:
TTY	1-800-325-0778 Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԿԱՅՔ	www.ssa.gov

O. Երկաթուղու կենսաթոշակային խորհուրդ (RRB)

Երկաթուղու կենսաթոշակային խորհուրդն (Railroad Retirement Board, RRB) անկախ դաշնային գործակալություն է, որը զբաղվում է նպաստների համապարփակ ծրագրերի կառավարմամբ՝ երկրի երկաթուղու աշխատողների և նրանց ընտանիքների համար: Եթե դուք Medicare եք ստանում RRB-ի միջոցով, տեղեկացրեք նրանց, եթե տեղափոխվում կամ փոխում եք ձեր փոստային հասցեն: RRB-ից ստացվող ձեր նպաստների վերաբերյալ հարցերի դեպքում կապվեք գործակալության հետ:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-877-772-5772: Այս համարին զանգերն անվճար են: Սեղմեք «0», որպեսզի խոսեք RRB-ի ներկայացուցչի հետ՝ 9 a.m.-ից մինչև 3:30 p.m-ը, երկուշաբթի, երեքշաբթի, հինգշաբթի և ուրբաթ օրերին, իսկ չորեքշաբթի՝ 9 a.m-ից մինչև 12 p.m-ը: Սեղմեք «1», որպեսզի միանաք ավտոմատացված RRB օգնության գծին և ստանաք ձայնագրված տեղեկություններ օրը 24 ժամ, ներառյալ՝ հանգստյան օրերին և տոն օրերին:
TTY	1-312-751-4701 Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում: Այս համարին զանգերն անվճար են:
ԿԱՅՔ	www.rrb.gov

P. Medicare Medi-Cal Օմբուդսմենի պլան

Medicare Medi-Cal Օմբուդսմենի պլանն առաջարկում է ԱՆՎՃԱՐ օգնություն՝ այն մարդկանց համար, որոնք դժվարանում են ստանալ կամ պահպանել առողջապահական ապահովագրությունը և լուծել իրենց առողջական ծրագրերի հետ կապված խնդիրները:

Եթե խնդիրներ ունեք՝

- Medi-Cal,
- Medicare-ի հետ
- ձեր առողջապահական պլանի հետ
- բժշկական ծառայություններից օգտվելու հետ
- ծառայությունների, դեղերի, երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումների (DME), հոգեկան առողջության ծառայությունների և այլնի մերժման որոշման դեմ բողոքարկելու հետ
- բժշկական վճարային հաշիվների հետ
- IHSS-ի (Տնային աջակցության ծառայություններ) հետ

Medicare Medi-Cal Օմբուդսմենի պլանն աջակցում է բողոքների, բողոքարկումների և լսումների հարցերում: Օմբուդսմենի ծրագրի հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077:

Q. Medi-Cal Dental

Որոշ ատամնաբուժական ծառայություններ հասանելի են Medi-Cal Dental ծրագրով, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով, հետևյալ ծառայություններով՝

- սկզբնական ստուգումներ, ռենտգեն, մաքրումներ և ֆտորով մշակումներ,
- ատամի վերականգնում և ատամնապսակներ,
- արմատախողովակների բուժում, և
- մասնակի և ամբողջական պրոթեզներ, կորեկցիա, վերանորոգում և վերահենքավորում

Ատամնաբուժական նպաստները հասանելի են Medi-Cal Dental Վճար ծառայության դիմաց (Fee-for-Service, FFS) կամ Ատամնաբուժական կառավարվող խնամքի (Dental MC) ծրագրերում՝ կախված Ձեր վարչաշրջանից:

Medi-Cal Dental FFS (Los Angeles և Sacramento վարչաշրջաններից բացի այլ վարչաշրջանների համար)

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-322-6384: Այս զանգն անվճար է: Medi-Cal Dental ծառայությունների ծրագրի աշխատողները պատրաստ են ձեզ օգնել ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m., երկուշաբթիից ուրբաթ:
TTY	1-800-735-2922 Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԿԱՅՔ	www.dental.dhcs.ca.gov/ smilecalifornia.org/

Ատամնաբուժական կառավարվող խնամքի պլան՝ Los Angeles և Sacramento վարչաշրջանների համար

Medi-Cal Dental Վճար ծառայության դիմաց ծրագրի փոխարեն, դուք հնարավոր է ստանաք ատամնաբուժական նպաստներ ատամնաբուժական խնամքի կառավարման պլանի շրջանակներում: Ատամնաբուժական կառավարվող խնամքի պլանները հասանելի են Sacramento և Los Angeles վարչաշրջաններում: Եթե ցանկանում եք ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ Medi-Cal-ի ատամնաբուժական պլանների վերաբերյալ կամ ցանկանում եք փոխել ատամնաբուժական պլանները, կապ հաստատեք Health Care Options-ի գրասենյակի հետ՝ 1-800-430-4263 հեռախոսահամարով (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077) երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 6 p.m.: Զանգն անվճար է: Ատամնաբուժական կառավարվող խնամքի ծրագրերի կոնտակտային տվյալները հասանելի են նաև այստեղ՝ www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx:

Գլուխ 3. Ինչպես օգտվել մեր պլանի ապահովագրական ծածկույթից՝ խնամք և այլ փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալու համար

Ներածություն

Այս գլխում ներկայացված են որոշ պայմաններ և կանոններ, որոնք պետք է իմանաք՝ մեր պլանով խնամք և այլ փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալու համար: Այստեղ կան տեղեկություններ նաև ձեր խնամքի համակարգողի մասին, ինչպես բուժօգնություն ստանալ տարբեր մատակարարներից և տարբեր իրավիճակներում (այդ թվում՝ ոչ ցանցի մատակարարներից կամ դեղատներից), ինչ անել, երբ անմիջապես ձեզ են ներկայացնում վճարային հաշիվը մեր ապահովագրական ծածկույթում ներառված ծառայությունների համար, և DME-ի ձեռքբերման կանոնները: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով այս *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Գլուխ 3 Բովանդակություն

A. Տեղեկություններ ծառայությունների և մատակարարների մասին 73

B. Մեր պլանով ապահովագրվող ծառայություններից օգտվելու կանոնները 73

C. Ձեր խնամքի համակարգող 75

C1. Ով է խնամքի համակարգող 75

C2. Ինչպես կապ հաստատել ձեր խնամքի համակարգողի հետ 76

C3. Ինչպես կարող եք փոխել ձեր խնամքի համակարգողին 76

D. Խնամքի ստացում մատակարարներից 76

D1. Խնամք առաջնային խնամքի մատակարարից (PCP) 76

D2. Խնամք մասնագետներից և ցանցի այլ մատակարարներից 78

D3. Երբ մատակարարը դուրս է գալիս մեր պլանից 80

D4. Ցանցից դուրս մատակարարներ 82

E. Երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն (LTSS) 82

F. Վարքագծային առողջության (հոգեկան առողջություն և թմրամիջոցների օգտագործման խանգարում) ծառայություններ 82

F1. Medi-Cal վարքագծային առողջության ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են մեր պլանից դուրս 84

G. Փոխադրման ծառայություններ 86

G1. Ոչ շտապ բժշկական փոխադրում 86

G2. Ոչ բժշկական փոխադրում 87

H. Փոխհատուցվող ծառայություններ բժշկական արտակարգ իրավիճակում, երբ հրատապ անհրաժեշտ է, կամ աղետի ժամանակ 89

H1. Խնամք բժշկական արտակարգ իրավիճակում 89

H2. Հրատապ պահանջվող խնամք 91

H3. Խնամք աղետի ժամանակ 92

I. Ինչ անել, եթե ձեզ ուղղակիորեն հաշիվ են ներկայացնում ապահովագրված ծառայությունների համար 93

I1. Ինչ անել, եթե մեր պլանը չի փոխհատուցում ծառայությունները 93

J. Բուժծառայությունների փոխհատուցումը կլինիկական հետազոտության ժամանակ 94

J1. Կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության սահմանում 94

J2. Վճարումը ծառայությունների համար, երբ դուք կլինիկական հետազոտության եք մասնակցում 94

J3. Ավելին կլինիկական հետազոտությունների մասին 95

K. Ինչպես է կատարվում ձեր խնամքի ծառայությունների փոխհատուցումը կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում 95

K1. Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության սահմանումը 95

K2. Խնամք կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունից 95

L. Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորում (DME) 96

L1. Մեր պլանի անդամներին DME-ի տրամադրում 96

L2. DME-ի սեփականության իրավունքը Original Medicare ծրագրին անցում կատարելիս 97

L3. Թթվածնային սարքավորման նպաստները մեր պլանի անդամների համար 97

L4. Թթվածնային սարքավորումը Original Medicare կամ այլ Medicare Advantage (MA) պլանի անցնելիս 98

A. Տեղեկություններ ծառայությունների և մատակարարների մասին

Ծառայությունները ներառում են առողջապահական ծառայություններ, երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն (long-term services and supports, LTSS), պարագաներ, վարքագծային առողջության ծառայություններ, դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի տրամադրվող դեղեր, սարքավորումներ և այլ ծառայություններ: **ապահովագրված ծառայություններն** այս ծառայություններից ցանկացածն են, որոնց համար վճարում է մեր պլանը: ապահովագրված առողջապահական, վարքագծային առողջության և LTSS մասին տեղեկությունները ներկայացված են **4-րդ Գլխում** սույն *Անդամի ձեռնարկում*: Դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի տրամադրվող դեղերի համար ձեր ապահովագրված ծառայությունները ներկայացված են **5-րդ Գլխում** սույն *Անդամի ձեռնարկում*:

Մատակարարները բժիշկներն են, բուժքույրերը և այլ անձինք, ովքեր ձեզ ծառայություններ և խնամք են տրամադրում և ունեն նահանգի կողմից տրված լիցենզիա: Մատակարարների թվում են նաև հիվանդանոցները, տնային առողջապահական գործակալությունները, կլինիկաները և այլ վայրեր, որոնք տրամադրում են ձեզ առողջապահական ծառայություններ, հոգեկան առողջության ծառայություններ, բժշկական սարքավորումներ և որոշակի LTSS:

Ցանցի մատակարարները մեր ծրագրի հետ համագործակցող մատակարարներն են: Այս մատակարարները համաձայնել են ստանալ մեր կողմից տրամադրված վճարումը որպես ամբողջական վճարում: Ցանցի մատակարարները ձեզ տրամադրած խնամքի համար վճարային հաշիվը ներկայացնում են անմիջապես մեզ: Երբ դուք օգտվում եք ցանցի մատակարարի ծառայություններից, սովորաբար ոչինչ չեք վճարում ապահովագրված ծառայությունների համար:

B. Մեր պլանով ապահովագրվող ծառայություններից օգտվելու կանոնները

Մեր պլանն ընդգրկում է Medicare-ի կողմից ապահովագրված բոլոր ծառայությունները և Medi-Cal ծառայությունների մեծ մասը: Դրանք ներառում են հոգեկան առողջության որոշ խնդիրներ և LTSS:

Մեր պլանով հիմնականում փոխհատուցվում են խնամքի, հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունները և LTSS-ը, որից դուք կօգտվեք, եթե հետևեք մեր կանոններին: Որպեսզի ներառված լինի մեր պլանի ապահովագրական ծածկույթում՝

- Ձեր ստացած խնամքը պետք է ներառված լինի այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 4-ում** ներկայացված Բժշկական նպաստների աղյուսակում:
- Խնամքը պետք է **բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ** լինի: Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ասելով՝ մենք նկատի ունենք այն ծառայությունները, որոնք ողջամիտ են և անհրաժեշտ են ձեր բժշկական վիճակը ախտորոշելու և բուժելու համար: Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ խնամքը հարկավոր է՝ անձանց լուրջ հիվանդությունից կամ հաշմանդամությունից զերծ պահելու համար, նվազեցնում է ուժեղ ցավը՝ բուժելով հիվանդությունները կամ վնասվածքները:

- Բժշկական ծառայություններ ստանալու համար դուք պետք է ունենաք ցանցի **առաջնային խնամքի մատակարար (PCP)**, որը կտրամադրի և կվերահսկի ձեր խնամքը: Որպես ծրագրի անդամ՝ դուք պետք է ընտրեք ցանցի մատակարար որպես ձեր PCP (լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք **Բաժին D1-ը**):
    - Սովորաբար դուք պետք է ստանաք ձեր PCP-ի հաստատումը՝ նախքան կկարողանաք դիմել ձեր PCP-ից բացի այլ մատակարարի կամ մեր պլանի ցանցում ներառված այլ մասնագետների: Դա կոչվում է **ուղեգիր**: Եթե դուք հաստատում չստանաք, մենք կարող ենք չփոխհատուցել ծառայությունները:
    - Արտակարգ իրավիճակների դեպքում կամ շտապ անհրաժեշտ խնամք ստանալու, կանանց առողջության բուժծառայության մատակարարից օգտվելու կամ **Բաժին D1-ում** նշված որևէ այլ ծառայություն ստանալու համար ձեր PCP-ից ուղեգիր անհրաժեշտ չէ:
- **Դուք պետք է ձեր խնամքը ստանաք ցանցի մատակարարներից** (լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք այս գլխի **Բաժին D-ն**): Սովորաբար մենք չենք փոխհատուցում մեր առողջապահական պլանի հետ չհամագործակցող բուժծառայության մատակարարից ստացված բուժօգնության համար: Դա նշանակում է, որ դուք պետք է ամբողջությամբ վճարեք մատակարարին՝ այն ծառայությունների համար, որոնք դուք ստանում եք: Ահա որոշ դեպքեր, երբ այս օրենքը չի գործում՝
    - Եթե ցանցից դուրս գտնվող բուժծառայություններ մատուցողի կողմից արտակարգ կամ շտապ անհրաժեշտ խնամքի կարիք ունեք (լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք **Բաժին H**):
    - Եթե դուք խնամքի կարիք ունեք, որը մեր պլանով փոխհատուցվում է, և որը մեր ցանցի մատակարարները չեն կարող ձեզ տրամադրել, դուք կարող եք ստանալ խնամքը ոչ ցանցի մատակարարներից, եթե մենք կամ մեր Medical Group թույլատրում ենք՝ նախքան դուք կստանաք այն: Այս դեպքում մենք փոխհատուցում ենք խնամքի համար այնպես, ինչպես ցանցի մատակարարից այն կստանայիք: Ցանցից դուրս գտնվող մատակարարից օգտվելու թույլտվություն ստանալու վերաբերյալ տեղեկությունների համար անցեք **Բաժին D4**:
    - Եթե կարճ ժամանակով գտնվում եք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս, կամ ձեր մատակարարը ժամանակավորապես հասանելի չէ կամ անհասանելի է, դուք կարող եք երիկամների դիալիզի ծառայություններ ստանալ ցանցից դուրս գտնվող բուժծառայության մատակարարներից: Ծախսերի ձեր մասնաբաժինը, որը վճարում եք դիալիզի համար, երբեք չի կարող գերազանցել Original Medicare-ում ընդունված ծախսերի ձեր մասնաբաժնին: Եթե դուք գտնվում եք պլանի ծառայությունների մատուցման տարածաշրջանից դուրս և դիալիզ եք ստանում պլանի ոչ ցանցի գտնվող մատակարարից, ծախսերի ձեր մասնաբաժինը չի կարող գերազանցել ցանցում ընդունված ծախսերի ձեր մասնաբաժնին: Այնուամենայնիվ, եթե ձեր սովորական ներցանցի դիալիզի մատակարարը ժամանակավորապես հասանելի չէ, և դուք որոշում եք ծառայություններ ստանալ պլանի ծառայությունների մատուցման

տարածաշրջանում ոչ ցանցի մատակարարից, ապա դիալիզի ծախսերի ձեր մասնաբաժինը կարող է ավելի շատ լինել: Հնարավորության դեպքում, ծառայությունների մատուցման տարածաշրջանից դուրս գալուց առաջ զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ էջի ներքևի մասում նշված հեռախոսահամարով, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ կազմակերպել պահպանողական դիալիզ ձեր բացակայության ընթացքում:

- Եթե դուք մեր ծրագրի նոր անդամ եք, կարող եք խնդրել շարունակել օգտվել ձեր ներկայիս բուժծառայության մատակարարներից: Որոշ բացառություններով, մենք կընդառաջենք այդ խնդրանքին, եթե կարողանանք հաստատել, որ դուք արդեն օգտվում եք այդ բուժծառայության մատակարարի ծառայություններից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 1-ը: Եթե մենք բավարարենք ձեր խնդրանքը, դուք կշարունակեք օգտվել այն բուժծառայության մատակարարների ծառայություններից, որոնց հետ արդեն համագործակցում եք՝ մինչև 12 ամիս ժամկետով: Այդ ընթացքում ձեր խնամքի համակարգողը կապ կհաստատի ձեզ հետ՝ օգնելու ձեզ գտնել բուժծառայության մատակարարներ մեր ցանցում: 12 ամիս անց մենք այլևս չենք փոխհատուցի ծառայությունների համար, որոնք դուք կշարունակեք ստանալ մեր ցանցում չընդգրկված մատակարարներից:

Այլ առողջապահական ապահովագրություն. Medi-Cal անդամները պետք է օգտագործեն բոլոր մյուս առողջապահական ապահովագրությունները Medi-Cal-ից առաջ, երբ նույն ծառայությունը հասանելի է ձեր առողջապահական ապահովագրության շրջանակներում, քանի որ Medi-Cal-ը վերջին միջոցի վճարողն է: Սա նշանակում է, որ դեպքերի մեծ մասում Medi-Cal-ը կլինի Medicare-ի երկրորդական վճարողը, որը կծածկի մեր ծրագրի կամ այլ ապահովագրության կողմից չվճարված թույլատրելի ծախսերը մինչև Medi-Cal-ի դրույքաչափը:

Kaiser Permanente Dual Complete-ի նոր անդամների համար. Շատ դեպքերում Kaiser Permanente Dual Complete-ում գրանցվելու ձեր դիմումից հետո հաջորդ ամսվա 1-ին օրը դուք կգրանցվեք Kaiser Permanente Dual Complete ծրագրում՝ ձեր Medicare նպաստներն ստանալու համար: Դուք կարող եք շարունակել ևս մեկ ամիս ստանալ ձեր նախորդ Medi-Cal-ի առողջապահական պլանի Medi-Cal-ի ծառայությունները: Դրանից հետո դուք կստանաք ձեր Medi-Cal ծառայությունները Kaiser Permanente Dual Complete-ի միջոցով: Ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը չի ընդհատվի: Հարցերի դեպքում զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով:

C. Ձեր խնամքի համակարգող

C1. Ով է խնամքի համակարգող

Ձեր Հատուկ կարիքների պլանի ծրագրի համակարգողը պատասխանատու է ձեր խնամքի համակարգման համար: Նա ամեն տարի կապ է հաստատում ձեզ հետ՝ առողջական ռիսկերի գնահատման համար, ինչպես նաև հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո: (Այս մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Գլուխ 2-ի Բաժին G-ն**):

C2. Ինչպես կապ հաստատել ձեր խնամքի համակարգողի հետ

Ձեր խնամքի համակարգողի հետ կապ հաստատելու վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս **Գլուխ 2-ի Բաժին G-ն** :

C3. Ինչպես կարող եք փոխել ձեր խնամքի համակարգողին

Ձեր խնամքի համակարգողին փոխելու համար կապվեք ձեր խնամքի համակարգողի հետ (տե՛ս **Գլուխ 2-ի Բաժին G-ն**):

D. Խնամքի ստացում մատակարարներից

D1. Խնամք առաջնային խնամքի մատակարարից (PCP)

Դուք պետք է ընտրեք առաջնային խնամքի մատակարար (PCP), որը կտրամադրի և կկառավարի ձեր խնամքը:

PCP սահմանումը և այն, թե ինչ է անում PCP-ն ձեզ համար

Ձեր առաջնային խնամքի մատակարարը պետք է լինի բժիշկ, ով համապատասխանում է պետական պահանջներին և պատրաստված է՝ ձեզ առաջնային բժշկական օգնություն ցուցաբերելու համար: Ձեր PCP-ն կարող է նաև համակարգել ձեր խնամքը: Խնամքի «համակարգումը» ներառում է ցանցի այլ մատակարարների հետ ձեր խնամքի և դրա ընթացքի վերաբերյալ ճշտումները կամ խորհրդակցումը: Որոշ դեպքերում ձեր PCP-ն պետք է մեզանից նախնական թույլտվություն (նախնական հաստատում) ստանա (լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս գլխի Բաժին **D2**-ը):

PCP-ի ձեր ընտրությունը

Ձեր PCP-ն հիմնականում թերապևտ է (նաև կոչվում է մեծահասակների կամ ներքին հիվանդությունների բժիշկ կամ էլ ընտանեկան բժիշկ), իսկ երբեմն նաև՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգ: Որոշ ցանցի հաստատություններում ցանկության դեպքում կարող եք ընտրել հասանելի բուժքույր-թերապևտի կամ բժշկի օգնականի՝ որպես ձեր ընտանեկան բժիշկ: PCP-ները նշված են *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուում*:

Ձեր PCP-ն տրամադրում, նշանակում կամ թույլատրում է բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ծածկվող ծառայությունները: Ձեր PCP-ն տրամադրում է ձեր ամենօրյա կամ հիմնական խնամքը և, անհրաժեշտության դեպքում, ուղեգիր տրամադրում, որպեսզի կարողանաք այլ ցանցի բուժծառայություններ մատուցողներին դիմել՝ ձեզ անհրաժեշտ ուրիշ ծառայությունների համար: Օրինակ՝ մասնագետին դիմելուց առաջ դուք պետք է ստանաք ձեր PCP-ի հաստատումը (դա կոչվում է ստանալ մասնագետին դիմելու «ուղեգիր»): Կան փոխհատուցվող ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ ինքնուրույն՝ առանց ձեր PCP-ին նախապես դիմելու (տե՛ս այս գլխի «Ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ առանց ձեր PCP-ի հաստատման» բաժինը):

Խնդրում ենք ծանոթանալ ձեր *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուին* կամ զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ PCP ընտրելու և այն մասին տեղեկություններ ստանալու համար, թե որ մատակարարներն են ընդունում նոր հիվանդների:

Ձեր PCP-ին փոխելու հնարավորություն

Դուք կարող եք ցանկացած պահի, ցանկացած պատճառով ընտրել ու փոխել ձեր PCP-ին: Հնարավոր է նաև, որ ձեր հիմնական բուժող բժիշկը դուրս գա մեր պլանի ցանցից: Եթե ձեր PCP-ն դուրս է գալիս մեր պլանի ցանցից, մենք ձեզ կօգնենք մեր ցանցում նոր PCP գտնել: Ձեր կողմից PCP-ի ընտրությունն ուժի մեջ կմտնի անմիջապես:

Ձեր PCP-ին ընտրելու կամ փոխելու համար խնդրում ենք զանգահարել **մեր անձնական բժշկի ընտրության հեռախոսահամարով՝** 1-888-956-1616 (TTY՝ 711), երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 7 a.m.-ից 7 p.m.: **Կարող եք նաև կատարել ձեր ընտրությունը** kp.org/finddoctors հղումով:

Երբ զանգահարում եք մեզ, պարզաբանեք՝ ցանկանում եք մասնագետին այցելել, թե այլ փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալ, որոնց համար ձեր PCP-ի հաստատումն է անհրաժեշտ (օրինակ՝ տնային պայմաններում բուժծառայություններ և երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ ստանալ), որպեսզի կարողանանք ձեզ պատասխանել՝ կարիք կա ձեր PCP-ից ուղեգիր վերցնել, որպեսզի կարողանաք շարունակել այդ ծառայությունները ստանալ: Բացի այդ, եթե կա ցանցում կա կոնկրետ մասնագետ կամ հիվանդանոց, որի ծառայություններից կցանկանայիք օգտվել, ճշտեք մեզնից՝ արդյոք ձեր PCP-ն այդ մասնագետին այցելելու համար ուղեգիր կտրամադրի կամ արդյոք նա համագործակցում է այդ հիվանդանոցի հետ:

Ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ առանց ձեր PCP-ի հաստատման

Շատ դեպքերում, նախքան այլ մատակարարների ծառայություններից օգտվելը՝ ձեզ անհրաժեշտ է հաստատում ստանալ ձեր PCP-ից: Դա կոչվում է **ուղեգիր**: Դուք կարող եք օգտվել ստորև նշված ծառայություններից՝ առանց ձեր PCP-ից նախապես հաստատում ստանալու.

- Շտապ օգնության ծառայություններ՝ ցանցի կամ ոցանցից դուրս մատակարարներից:
- Հրատապ պահանջվող ապահովագրված ծառայություններ, որոնք պահանջում են անհապաղ բժշկական օգնություն (բայց ոչ արտակարգ իրավիճակ), եթե դուք ժամանակավորապես գտնվում եք մեր պլանի ծառայությունների մատուցման տարածաշրջանից դուրս, կամ եթե ձեր ժամանակի, վայրի և հանգամանքների պատճառով անհիմն է այս ծառայությունը ստանալ ցանցի մատակարարներից: Հրատապ պահանջվող ծառայությունների օրինակներ են անսպասելի բժշկական հիվանդություններն ու վնասվածքները կամ առկա հիվանդությունների անսպասելի սրացումները: Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ պարբերական այցելությունները բժշկի մոտ (օրինակ՝ տարեկան ստուգումները) չեն համարվում անհապաղ անհրաժեշտ, նույնիսկ եթե դուք գտնվում եք մեր պլանի ծառայությունների մատուցման տարածաշրջանից դուրս կամ մեր ցանցը ժամանակավորապես հասանելի չէ:
- Երիկամների դիալիզի ծառայություններ, որոնք դուք ստանում եք Medicare-ի կողմից հավաստագրված դիալիզի հաստատությունում, երբ գտնվում եք մեր պլանի սպասարկման տարածքից դուրս: Եթե նախքան ծառայությունների մատուցման տարածաշրջանը լքելը զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն, մենք կարող ենք օգնել ձեզ դիալիզ ստանալ, քանի դեռ բացակայում եք:

- Գրիպի և COVID-19-ի, ինչպես նաև հեպատիտ B-ի և թոքաբորբի դեմ պատվաստումներ, եթե դրանք ստանում եք ցանցի մատակարարից:
- Կանանց առողջության և ընտանիքի պլանավորման ամենօրյա ծառայություններ: Սա ներառում է կրծքագեղձի հետազոտություն, սքրինինգային մամոգրաֆիա (կրծքագեղձի ռենտգեն), ՊԱՊ թեստ և գինեկոլոգիական հետազոտություն, եթե դրանք ստանում եք ցանցի մատակարարից:
- Երկրորդ կարծիք ցանցի մեկ այլ մատակարարից:
- Հանդիպումներ հետևյալ ոլորտներում՝ օպտոմետրիա, նյութերի օգտագործման խանգարումների բուժում և հոգեբուժություն:
- Մեր Հարավային Կալիֆոռնիայի տարածաշրջանում. Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող խիրոպրակտիկ ծառայություններ, եթե դրանք տրամադրվում են ցանցի բուժծառայություն մատուցողի կողմից:

Բացի այդ, եթե դուք Ամերիկյան հնդկացի Անդամ եք, կարող եք ապահովագրված ծառայություններ ստանալ ձեր ընտրությամբ հնդկացիական առողջապահական մատակարարից՝ առանց ցանցի PCP-ից ուղեգիր պահանջելու կամ նախնական թույլտվության:

D2. Խնամք մասնագետներից և ցանցի այլ մատակարարներից

Մասնագետը բժիշկ է, ով բուժօգնություն է ցուցաբերում կոնկրետ հիվանդության կամ օրգանի ախտահարման դեպքում: Կան բազմաթիվ մասնագետներ, որոնց մեջ մտնում են՝

- Ուռուցքաբանները բուժում են քաղցկեղով հիվանդներին:
- Սրտաբանները, ովքեր խնամք են տրամադրում սրտի խնդիր ունեցող հիվանդներին:
- Օրթոպեդները, ովքեր խնամք են տրամադրում ոսկրերի, հոդերի կամ մկանների հետ կապված խնդիրներ ունեցող բուժառուներին:

Ձեր PCP կողմից տրված ուղեգրեր

Ձեր ամենօրյա խնամքի հետ կապված հարցերով սովորաբար դուք պետք է սկզբում ձեր PCP-ին դիմեք: Կան ծածկվող ծառայությունների միայն մի քանի տեսակներ, որոնք կարող եք ստանալ ինքնուրույն՝ առանց ձեր PCP-ից նախապես հաստատում ստանալու, ինչպես նկարագրված է վերևում՝ **Բաժին D1-ում**:

Գրավոր ուղեգիրը կարող է լինել մեկ այցելության համար կամ կարող է լինել մշտական ուղեգիր՝ մեկից ավելի այցելությունների համար, եթե ձեզ անհրաժեշտ են ընթացիկ ծառայություններ: Մենք ձեզ որակավորված մասնագետի մշտական ուղեգիր կտանք հետևյալ հիվանդություններից որևէ մեկի առկայության դեպքում.

- քրոնիկ (շարունակական) վիճակ,
- կյանքին սպառնացող հոգեկան կամ ֆիզիկական հիվանդություն,

- դեգեներատիվ հիվանդություն կամ հաշմանդամություն,
- ցանկացած այլ վատառողջ վիճակ կամ հիվանդություն, որը բավականաչափ լուրջ կամ բարդ է մասնագետի կողմից բուժում պահանջելու համար:

Եթե անհրաժեշտության դեպքում գրավոր ուղեգիր չստանաք, հաշիվը չի կարող վճարվել: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:

Ուղեգրեր ցանցից դուրս գործող մատակարարների մոտ

Երբ ձեր PCP-ն նշանակում է այնպիսի խնամք, որը չի կարող տրամադրել PCP-ն (օրինակ՝ մասնագիտացված խնամք), նա ձեզ ուղեգրում է ցանցի մասնագետի կամ ցանցի այլ մատակարարի մոտ՝ ըստ անհրաժեշտության: Երբ ձեր PCP-ն ուղեգրում է ձեզ ցանցի մասնագետի մոտ, ուղեգիրը պետք է լինի կոնկրետ բուժման ծրագրով: Ձեր բուժման ծրագրով կարող է պահանջվել երկարաժամկետ ուղեգիր, եթե մասնագետի կողմից շարունակական խնամք է նշանակվում: Մենք ձեզ գրավոր ուղեգիր կուղարկենք՝ լիազորելով ցանցի մասնագետի մոտ նախնական խորհրդատվությունը կամ որոշակի թվով այցեր: Ցանցի մասնագետի հետ նախնական խորհրդատվությունից հետո դուք պետք է վերադառնաք ձեր PCP-ի մոտ, եթե մեր կողմից չեք ստացել թույլտվություն ավելի շատ այցերի համար, ինչպես նշված է մեր տրամադրած ձեր գրավոր ուղեգրում: Մի վերադարձեք ցանցի մասնագետի մոտ՝ ձեր նախնական խորհրդատվությունից հետո, եթե լրացուցիչ այցեր լիազորված չեն ձեր ուղեգրով: Հակառակ դեպքում՝ ծառայությունների արժեքը չի փոխհատուցվի:

Նախնական թույլտվություն

Ստորև թվարկված ծառայությունների և ապրանքների տրամադրման համար ձեր ցանցի բուժծառայություններ մատուցողը պետք է նախապես հաստատում ստանա մեր պլանից կամ Բժշկական խմբից (դա կոչվում է «ստանալ նախնական թույլտվություն»): Թույլտվության հարցումների վերաբերյալ որոշումները կկայացվեն միայն լիցենզավորված բժիշկների կամ համապատասխան լիցենզավորված բուժմասնագետների կողմից: Եթե երբևէ համաձայն չեք թույլտվության վերաբերյալ որոշումների հետ, կարող եք բողոքարկել դրանք, ինչպես նկարագրված է **Գլուխ 9-ում:**

- **Գլուխ 4-ում** ծանոթագրություններում (†) նշված ծառայություններն ու պարագաները:
- Եթե ձեր ցանցի բուժծառայություններ մատուցողը որոշի, որ ձեզ անհրաժեշտ են փոխհատուցվող ծառայություններ, որոնք չեն տրամադրվում ցանցի բուժծառայություններ մատուցողների կողմից, նա խորհուրդ կտա Բժշկական խմբին, որպեսզի ձեզ ուղեգրեն ցանցից դուրս մասնագետի մոտ՝ մեր սպասարկման տարածքում կամ դրանից դուրս: Բժշկական խմբի համապատասխան նշանակված անձը թույլ կտա ծառայությունների մատուցումը, եթե որոշի, որ փոխհատուցվող ծառայությունները բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են և չեն տրամադրվում ցանցի մատակարարի կողմից: Ուղեգրումը ցանցից դուրս մատակարարի մոտ կլինի հատուկ բուժման պլանի նպատակով, որի համար կարող է պահանջվել երկարաժամկետ ուղեգիր, եթե շարունակական խնամք նշանակվի: Բուժման ծրագրով է սահմանվում ուղեգրի ժամկետը, որի համար չի պահանջվում մեր կողմից

լրացուցիչ հաստատում: Հարցրեք ձեր ցանցի մատակարարին, թե որ ծառայություններն են թույլատրված, եթե ստույգ չգիտեք: Եթե ցանցից դուրս մասնագետը պահանջում է, որ նորից այցելեք՝ լրացուցիչ խնամքի համար, ստուգեք՝ արդյոք ձեր ուղեգրով հնարավոր է լրացուցիչ փոխհատուցվող խնամք ստանալ: Եթե հնարավոր չէ, կապ հաստատեք ձեր ցանցի մատակարարի հետ:

- Այն բանից հետո, երբ մենք տեղեկացված լինենք, որ դուք ոչ ցանցի բուժծառայություններ մատուցողի կողմից շտապ օգնություն ստանալուց հետո-հետկայունացման խնամքի կարիք ունեք, մենք կքննարկենք ձեր վիճակը ոչ ցանցի բուժծառայություններ մատուցողի հետ: Եթե մենք որոշենք, որ ձեզ անհրաժեշտ է հետկայունացման խնամք, և որ այդ խնամքի համար կփոխհատուցվի, եթե այն ստանաք ցանցի մատակարարի մոտ, մենք կլիազորենք, որպեսզի ձեր խնամքը ստանաք ոչ ցանցի մատակարարի մոտ միայն այն դեպքում, եթե չկարողանանք կազմակերպել ձեր խնամքը ցանցի մատակարարի մոտ (կամ այլ նշանակված մատակարարի մոտ): Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս **գլխի Բաժին H-ը**:
- Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ տրանսգենդերային վիրահատություն և դրան առնչվող պրոցեդուրաներ:
- Խնամք կրոնական, ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում, ինչպես նկարագրված է այս գլխի **Բաժին K-ում**:
- Եթե ձեր ցանցի բուժծառայություններ մատուցողը գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով ուղեգիր է տալիս փոխպատվաստման գնահատման համար, Բժշկական խմբի փոխպատվաստումների տարածաշրջանային խորհրդատվական հանձնաժողովը, խորհուրդը կամ բժիշկների կոնսիլիումը (եթե այդպիսին կա) լիազորում է ուղեգիրը, եթե որոշում է, որ դուք օրգանի փոխպատվաստման կարիք ունեք, և ծառայությունը փոխհատուցվում է Medicare-ի ուղեցույցի համաձայն: Այն դեպքում, երբ ոչ փոխպատվաստման հանձնաժողով կա, ոչ էլ խորհուրդ, Բժշկական խումբը կուղղորդի ձեզ փոխպատվաստման կենտրոնի բժշկի(ների) մոտ: Medical Group-ը կլիազորի ծառայությունները, եթե փոխպատվաստման կենտրոնի բժիշկը(ները) որոշեն, որ դրանք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են կամ փոխհատուցվում են՝ Medicare-ի ուղեցույցի համաձայն: Նշում. ցանցի բժիշկը կարող է եղջերաթաղանթի փոխպատվաստման ծառայություն տրամադրել կամ թույլատրել՝ առանց Բժշկական խմբի փոխպատվաստման թույլտվության այս ընթացակարգի:

D3. Երբ մատակարարը դուրս է գալիս մեր պլանից

Ցանցի մատակարարը, որի հետ դուք աշխատում եք, կարող է դուրս գալ մեր պլանից: Եթե ձեր մատակարարներից մեկը դուրս գա մեր պլանից, դուք կունենաք այս իրավունքներն ու պաշտպանությունը, որոնք հակիրճ ներկայացված են ստորև՝

- Նույնիսկ եթե մեր մատակարարների ցանցը փոխվում է տարվա ընթացքում, մենք պետք է ձեզ ապահովենք որակավորված մատակարարների չընդմիջվող հասանելիություն:

- Մենք ձեզ կտեղեկացնենք, որ ձեր մատակարարը դուրս է գալիս մեր պլանից, որպեսզի դուք ժամանակ ունենաք նոր մատակարար ընտրելու համար:
    - Եթե ձեր առաջնային խնամքի կամ հոգեկան առողջության մատակարարը դուրս գա մեր պլանից, մենք ձեզ կտեղեկացնենք, եթե վերջին երեք տարվա ընթացքում դուք օգտվել եք այդ մատակարարի ծառայություններից:
    - Եթե ձեր մյուս մատակարարներից որևէ մեկը լքի մեր պլանը, մենք ձեզ կտեղեկացնենք, եթե դուք նշանակված եք այդ մատակարարին, ներկայումս նրանցից խնամք եք ստանում կամ այցելել եք նրանց վերջին երեք ամսվա ընթացքում:
- Մենք կօգնենք ձեզ ընտրել նոր որակավորված ցանցի մատակարար, որպեսզի ձեզ անհրաժեշտ խնամքը շարունակական լինի:
- Եթե դուք ներկայումս բուժում կամ թերապիա եք ստանում ձեր ընթացիկ մատակարարի մոտ, դուք իրավունք ունեք խնդրելու, որ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ բուժումը կամ թերապիաները շարունակվեն: Մենք կաշխատենք ձեզ հետ, որպեսզի դուք կարողանաք շարունակել խնամք ստանալ:
- Մենք ձեզ կտրամադրենք տեղեկություններ գրանցման հասանելի ժամանակահատվածների և պլանները փոխելու ձեր հնարավոր տարբերակների մասին:
- Եթե մենք չգտնենք որակավորված հասանելի մասնագետ ցանցի ներսում, մենք կպայմանավորվենք ցանցից դուրս մասնագետի հետ, որը կապահովի ձեր խնամքը, երբ ներցանցի մատակարարը կամ նպաստը հասանելի չէ կամ բավարար չէ ձեր բժշկական կարիքները հոգալու համար: Բժշկական խմբի համապատասխան նշանակված անձը թույլ կտա ծառայությունների մատուցումը, եթե որոշի, որ փոխհատուցվող ծառայությունները բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են և չեն տրամադրվում ցանցի մատակարարի կողմից: Ուղեգրումը ցանցից դուրս մատակարարի մոտ կլինի հատուկ բուժման պլանի նպատակով, որի համար կարող է պահանջվել երկարաժամկետ ուղեգիր, եթե շարունակական խնամք նշանակվի: Բուժման ծրագրով է սահմանվում ուղեգրի ժամկետը, որի համար չի պահանջվում մեր կողմից լրացուցիչ հաստատում: Հարցրեք ձեր ցանցի մատակարարին, թե որ ծառայություններն են թույլատրված, եթե ստույգ չգիտեք: Եթե ցանցից դուրս մասնագետը պահանջում է, որ նորից այցելեք՝ լրացուցիչ խնամքի համար, ստուգեք՝ արդյոք ձեր ուղեգրով հնարավոր է լրացուցիչ փոխհատուցվող խնամք ստանալ: Եթե հնարավոր չէ, կապ հաստատեք ձեր ցանցի մատակարարի հետ:
- Եթե պարզեք, որ ձեր մատակարարներից մեկը դուրս է գալիս մեր պլանից, կապ հաստատեք մեզ հետ: Մենք կարող ենք օգնել ձեզ ընտրել նոր մատակարար՝ ձեր խնամքը կազմակերպելու համար:
- Եթե գտնում եք, որ մենք ձեր նախորդ մատակարարին չենք փոխարինել որակավորված մասնագետով կամ որ մենք լավ չենք կազմակերպում ձեր խնամքը, ապա իրավունք ունեք Որակի բարելավման կազմակերպությանը (QIO) ներկայացնել խնամքի որակի վերաբերյալ բողոք կամ դժգոհություն կամ երկուսը միասին: (Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Գլուխ 9-ը**):

D4. Ցանցից դուրս մատակարարներ

Եթե դուք օգտվում եք ցանցից դուրս մատակարարի ծառայություններից, ապա մատակարարը պետք է ընդունի Medicare և/կամ Medi-Cal:

- Մենք չենք կարող վճարել այն մատակարարին, ով իրավասու չէ մասնակցելու Medicare-ին և/կամ Medi-Cal-ին:
- Եթե օգտվում եք այնպիսի մատակարարի ծառայություններից, որն իրավասու չէ մասնակցելու Medicare-ին, դուք պետք է վճարեք ձեր ստացած ծառայությունների ամբողջ արժեքը:
- Եթե մատակարարներն իրավասու չեն մասնակցելու Medicare-ին, նրանք պետք է ձեզ այդ մասին տեղյակ պահեն:

E. Երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն (LTSS)

LTSS-ը կարող է օգնել ձեզ մնալ տանը՝ խուսափելով հիվանդանոցներից կամ մասնագիտացված բուժքույրական հաստատություններից: Որոշ LTSS-ներ, ինչպիսիք են՝ մասնագիտացված բուժքույրական հաստատության խնամքը, Մեծահասակների համայնքային ծառայությունները (CBAS) և Համայնքային աջակցությունը, հասանելի են մեր պլանի միջոցով: LTSS-ի մեկ այլ տեսակ՝ Տնային աջակցության ծառայություններ պլանը, հասանելի է ձեր վարչաշրջանի սոցիալական ծառայության գործակալության միջոցով:

LTSS-ի, ինչպես նաև IHSS-ի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք դիմել ձեր բժշկին կամ խնամքի համակարգողին: Ձեր համակարգողը կօգնի ձեզ դիմել IHSS-ի համար՝ կապ հաստատելով սույն *Անդամի ձեռնարկի* **Բաժին F4-ի Գլուխ 4**-ում նշված համապատասխան վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների գործակալություն:

F. Վարքագծային առողջության (հոգեկան առողջություն և թմրամիջոցների օգտագործման խանգարում) ծառայություններ

Դուք իրավունք ունեք օգտվելու բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ վարքագծային խնդիրների բուժման ծառայություններից, որոնք փոխհատուցվում են Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից: Մենք տրամադրում ենք մուտք դեպի հոգեկան առողջության ծառայություններ, որոնք ապահովագրված են Medicare-ի և Medi-Cal-ի կառավարվող խնամքով: Մեր պլանի ապահովագրական ծածկույթում ներառված չեն Medi-Cal-ի կողմից փոխհատուցվող մասնագիտացված հոգեկան առողջության հետ կապված ծառայությունները կամ վարչաշրջանի՝ թմրամիջոցների օգտագործման խանգարման բուժման ծառայություններ, սակայն դրանք ձեզ հասանելի են ձեր վարչաշրջանի՝ հոգեկան առողջության պահպանման գործակալությունների միջոցով, որոնք նշված են ստորև.

- Alameda վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչություն՝ 1-800-491-9099 (TTY 1-800-533-5018)
- Alameda վարչաշրջանի Թմրամիջոցների չարաշահման բուժման վարչություն՝ 1-844-682-7215 (TTY 1-800-533-5018)

- Amador վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-888-310-6555 (TTY 711)
- Contra Costa վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-888-678-7277 (TTY 711)
- El Dorado վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-800-929-1955 (TTY 711)
- Fresno վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-800-654-3937 (TTY 711)
- Kern վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-800-991-5272 (TTY 711)
- Kings վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-800-655-2553 (TTY 711)
- Kings վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչություն՝ 1-800-854-7771 (TTY 711)
- Madera վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-888-275-9779 (TTY 711)
- Marin վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-888-818-1115 (TTY 711)
- Mariposa վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-800-549-6741 (TTY 711)
- Napa վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-800-648-8650 (TTY 711)
- Orange վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության և վերականգման ծառայություններ՝ 1-855-625-4657 (TTY 711)
- Placer վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչություն՝ 1-888-886-5401 (TTY 711)
- Riverside վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-800-499-3008 (TTY 711)
- San Bernardino Վարքագծային առողջության վարչություն՝ 1-888-743-1478 (TTY 711)
- San Diego վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություններ՝ 1-888-724-7240 (TTY 711)
- Sacramento վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություններ՝ 1-888-881-4881 (TTY 711)
- San Mateo վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության և վերականգման ծառայություններ՝ 1-800-686-0101 (TTY 711)
- San Francisco վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-888-246-3333 (TTY 711)

- San Joaquin վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-888-468-9370 (TTY 711)
- Santa Clara վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություններ՝ 1-800-704-0900 (TTY 711)
- Santa Cruz վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-800-952-2335 (711)
- Solano վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-800-547-0495 (711)
- Sonoma վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-800-870-8786 (711)
- Stanislaus վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-888-376-6246 (711)
- Tulare վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչություն՝ 1-800-320-1616 (TTY 711)
- Tulare վարչաշրջանի Թմրամիջոցների չարաշահման բուժման վարչություն՝ 1-866-732-4114 (TTY 711)
- Ventura վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-866-998-2243 (TTY 711)
- Yolo վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-888-965-6647 (TTY 1-800-735-2929)
- Yuba վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայություն՝ 1-888 923-3800 (TTY 711)

F1. Medi-Cal վարքագծային առողջության ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են մեր պլանից դուրս

Medi-Cal-ի հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայությունները հասանելի են ձեզ համար վարչաշրջանի հոգեկան առողջության պլանի շրջանակներում (mental health plan, MHP), եթե դուք համապատասխանում եք հատուկ հոգեկան առողջության ծառայություններից օգտվելու չափանիշներին: Ձեր վարչաշրջանի վարքագծային առողջության գործակալության կողմից մատուցվող Medi-Cal հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայությունները (նշված այս գլխի **Մաս F-ում**) ներառում են՝

- հոգեկան առողջության ծառայություններ
- դեղամիջոցների աջակցության ծառայություններ
- ցերեկային բուժման ինտենսիվ ծառայություններ
- ցերեկային վերականգնողական ծառայություններ
- ճգնաժամային միջամտության ծառայություններ
- ճգնաժամի կայունացման ծառայություններ

- մեծահասակների՝ տան պայմաններում բուժման ծառայություններ
- ճգնաժամային տան պայմաններում բուժման ծառայություններ
- հոգեբուժական հաստատության ծառայություններ
- հոգեբուժական ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններ
- բժշկական գործի նպատակային կառավարում
- կալանավորների վերաինտեգրում, եթե հասանելի է
- ակտիվ համայնքային բուժում (assertive community treatment, ACT), եթե հասանելի է
- դատաբժշկական ակտիվ համայնքային բուժում (ACT), եթե հասանելի է
- համակարգված մասնագիտացված խնամք (CSC) փսիխոզի առաջին դրվագի բուժման համար, եթե հասանելի է
- ակումբային ծառայություններ, եթե հասանելի է
- համայնքային բուժաշխատողների ընդլայնված (community health worker, CHW) ծառայություններ, եթե հասանելի է
- զբաղվածության աջակցություն, եթե հասանելի է
- փոխօգնության ծառայություններ, եթե հասանելի է
- ճգնաժամային միջամտության համայնքային շարժական ծառայություններ, եթե հասանելի է
- թերապևտիկ վարվեցողության ծառայություններ
- թերապևտիկ խնամատարություն

Ձեր վարչաշրջանի կողմից տրամադրվող Drug Medi-Cal (Drug Medi-Cal, DMC) ծառայությունները ներառում են՝

- ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- տան պայմաններում թմրամիջոցների օգտագործման խանգարման մերձդննդյան բուժում
- ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- թմրամոլության բուժման պլան
- դեղորայք՝ կախվածության բուժման համար (նաև կոչվում է Դեղորայքային աջակցությամբ բուժում)
- փոխօգնության ծառայություններ, եթե հասանելի է
- ճգնաժամային միջամտության համայնքային շարժական ծառայություններ, եթե հասանելի է

Եթե համապատասխանում եք այս ծառայությունները ստանալու չափանիշներին, ապա Drug Medi-Cal Կազմակերպված առաքման համակարգի (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) ծառայությունները ձեզ հասանելի կլինեն ձեր վարչաշրջանի վարքագծային առողջության գործակալության միջոցով: DMC-ODS ծառայությունները ներառում են՝

- ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- մասնակի հոսպիտալացման ծառայություններ
- դեղորայք՝ կախվածության բուժման համար (նաև կոչվում է Դեղորայքային աջակցությամբ բուժում)
- տան պայմաններում բուժման ծառայություններ
- կախվածությունից դուրսբերման ընթացքի կառավարման ծառայություններ
- թմրամոլության բուժման պլան
- վերականգնողական ծառայություններ
- խնամքի համակարգում
- փոխօգնության ծառայություններ, եթե հասանելի է
- ճգնաժամային միջամտության համայնքային շարժական ծառայություններ, եթե հասանելի է
- խրախուսական բուժման ծառայություններ, եթե հասանելի է
- ստացիոնար բուժման ծառայություններ

Բացի վերը թվարկված ծառայություններից՝ դուք կարող եք օգտվել նաև կամավոր ստացիոնար թունազերծման ծառայություններից, եթե համապատասխանեք չափորոշիչներին:

G. Փոխադրման ծառայություններ

G1. Ոչ շտապ բժշկական փոխադրում

Դուք իրավունք ունեք օգտվելու ոչ շտապ բժշկական փոխադրումից (non-emergency medical transportation, NEMT), եթե ունեք այնպիսի առողջական խնդիրներ, որոնք ձեզ թույլ չեն տալիս ներկայանալ այցելություններին մեքենայով, ավտոբուսով կամ տաքսիով: Ոչ շտապ բժշկական փոխադրումը կարող է տրամադրվել Medi-Cal-ի կողմից փոխհատուցվող բոլոր ծառայությունների համար, ինչպիսիք են բժշկական, ատամնաբուժական, հոգեկան առողջությունը, թմրամիջոցների օգտագործումը և դեղատնային այցը: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է NEMT, կարող եք խոսել ձեր ցանցի մատակարարի, ատամնաբույժի կամ թմրամիջոցների օգտագործման խանգարումներից բուժման մասնագետի հետ և խնդրել այն: Ձեր մատակարարը կորոշի ձեր կարիքներին համապատասխան ճիշտ տրանսպորտի տեսակը: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է NEMT, ձեր մատակարարը կնշանակի այն՝ լրացնելով ձևաթուղթ և ներկայացնելով այն Kaiser Permanente Dual Complete-ին հաստատման համար: Ձեր բժշկական կարիքից կախված՝ հնարավոր է մինչև 12 ամսվա հաստատում ստանաք: Ձեր PCP-ն անհրաժեշտության դեպքում կամ ձեր բաժանորդագրման ժամկետի լրանալուն պես կվերագնահատի NEMT-ի ձեր կարիքը և կարող է այն վերահաստատել ևս 12 ամսով:

NEMT-ը շտապօգնության մեքենա է, պատգարակի համար նախատեսված խցիկով ֆուրգոն, աանվասայլակի համար նախատեսված խցիկով ֆուրգոն կամ օդային փոխադրամիջոց: Kaiser Permanente Dual Complete-ը թույլ է տալիս օգտվել փոխհատուցվող ամենաէժան փոխադրման եղանակից և ամենահարմար ոչ արտակարգ իրավիճակների համար բժշկական տրանսպորտից՝ կապված ձեր առողջական խնդիրների հետ, երբ ձեզ անհրաժեշտ է գնալ բժշկի մոտ այցի: Օրինակ, եթե ձեզ հնարավոր է ֆիզիկապես կամ բժշկական ցուցումների համաձայն տեղափոխել անվասայլակի խցիկով ֆուրգոնի միջոցով, Kaiser Permanente Dual Complete-ը չի վճարի շտապօգնության մեքենայի համար: Դուք իրավունք ունեք օգտվելու օդային փոխադրումից, միայն եթե Ձեր առողջական վիճակն անհնար է դարձնում ցամաքային փոխադրման հնարավորությունը:

NEMT-ը պետք է օգտագործվի, երբ՝

- Այն ֆիզիկապես և առողջապես անհրաժեշտ է ձեզ՝ ըստ ցանցի մատակարարի, ատամնաբույժի կամ թմրամիջոցների խանգարումներից բուժման մասնագետի որոշման և գրավոր լիազորման, քանի որ դուք ֆիզիկապես կամ առողջապես ի վիճակի չեք օգտվել ավտոբուսից, տաքսիից, մեքենայից կամ ֆուրգոնից ձեր ժամադրությանը հասնելու համար:
- Ձեզ օգնություն է հարկավոր վարորդի կողմից տուն, ավտոմեքենա կամ բուժման վայր գնալու և վերադառնալու համար՝ ֆիզիկական կամ հոգեկան հաշմանդամության պատճառով:

Ոչ շտապ **սովորական ժամադրությունների** համար ձեր բժշկի կողմից նշանակված բժշկական փոխադրում խնդրելու համար զանգահարեք Kaiser Permanente Dual Complete ձեր ժամադրությունից առնվազն երեք աշխատանքային օր (երկուշաբթի-ուրբաթ) շուտ: **Ժամադրությունների** համար զանգահարեք որքան հնարավոր է շուտ: Զանգահարելիս պատրաստ ունեցեք ձեր Անդամի ID քարտը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք նաև զանգահարել:

Բժշկական փոխադրման սահմանափակումներ

Kaiser Permanente Dual Complete-ը փոխհատուցում է բուժօգնության ամենաէժան փոխադրման համար, որը հարմար է ձեր առողջական խնդիրներով ձեր տնից մինչև ամենամոտ մատակարարի մոտ այցի համար: Բժշկական փոխադրում չի տրամադրվի, եթե Medicare-ը կամ Medi-Cal-ը չեն փոխհատուցում այդ ծառայությունը: Եթե այցի տեսակը փոխհատուցվում է Medi-Cal-ի կողմից, այլ ոչ թե առողջապահական ծրագրի միջոցով, Kaiser Permanente Dual Complete-ը ձեզ կօգնի պլանավորել ձեր փոխադրումը: Փոխհատուցվող ծառայությունների ցանկը կգտնեք այս ձեռնարկի **Գլուխ 4** -ում: Փոխադրումը չի փոխհատուցվում Kaiser Permanente Dual Complete-ի ցանցից կամ ծառայությունների մատուցման տարածաշրջանից դուրս, եթե նախապես դա թույլատրված չէ:

G2. Ոչ բժշկական փոխադրում

Ոչ բժշկական փոխադրման (non-medical transportation, NMT) նպաստները ներառում են փոխադրումը դեպի ձեր այցելության վայր և հետ՝ ձեր մատակարարի կողմից թույլատրված ծառայության համար: Դուք կարող եք փոխադրվել անվճար հիմունքներով, երբ.

- Գնում եք այցի կամ վերադառնում եք այնտեղից՝ ձեր մատակարարի կողմից թույլատրված ծառայությունը ստանալու համար **կամ**

- Վերցնում եք դեղատոմսային դեղամիջոցներ և բժշկական պարագաներ։

Kaiser Permanente Dual Complete պլանը թույլ է տալիս ձեզ օգտվել մեքենայից, տաքսիից, ավտոբուսից կամ փոխադրման այլ մասնավոր/հանրային միջոցից՝ ձեր մատակարարի կողմից լիազորված ծառայությունները ստանալու նպատակով։ Kaiser Permanente Dual Complete-ը վաճառողների միջոցով է կազմակերպում NMT։ Մենք ապահովագրում ենք NMT-ի ամենաէժան տարբերակը, որը համապատասխանում է ձեր բժշկական կարիքներին։

Երբեմն դուք կարող եք փոխհատուցում ստանալ մասնավոր տրանսպորտային միջոցից օգտվելու համար։ Kaiser Permanente Dual Complete պլանը պետք է դա հաստատի **նախքան** փոխադրում տրամադրելը, և դուք մեզ պետք է տեղեկացնեք՝ ինչու այլ եղանակով չեք կարող տեղ հասնել, ինչպես օրինակ՝ ավտոբուսով։ Դուք մեզ կարող եք տեղեկացնել զանգահարելով, էլ-նամակով կամ անձամբ։ **Ինքներդ վարելու համար ձեզ փոխհատուցում չի տրվի**։

Կիլոմետրաժի փոխհատուցման համար պահանջվում են հետևյալ տվյալները՝

- Վարորդի վարորդական վկայականը։
- Վարորդի տրանսպորտային միջոցի գրանցման համարը։
- Մեքենայի ապահովագրության ապացույցը։

Լիազորված ծառայությունների ստանալու նպատակով փոխադրում խնդրելու համար զանգահարեք մեր փոխադրման գիծ 1-844-299-6230 (TTY 711) հեռախոսահամարով ձեր ժամադրությունից առնվազն երեք աշխատանքային օր (երկուշաբթի-ուրբաթ) շուտ։ **Հրատապ ժամադրությունների** համար զանգահարեք որքան հնարավոր է շուտ։ Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք նաև զանգահարել։ Զանգահարելիս խնդրում ենք պատրաստ ունենալ այս բոլորը՝

- Kaiser Permanente-ի ձեր ID քարտը։
- Ձեր բժշկական այցերի ամսաթիվը և ժամը։
- Այն հասցեն, որտեղից ձեզ հարկավոր է վերցնել և այն հասցեն, որտեղ պետք է գնաք։
- Արդյոք ձեզ անհրաժեշտ է լինելու հետ բերել։
- Արդյոք որևէ մեկն ուղեկցելու է ձեզ (օրինակ՝ ծնող/օրինական խնամակալ կամ խնամող)։

Նշում. ամերիկայի հնդկացի անդամները կարող են դիմել իրենց տեղական Հնդկացիական առողջապահական կլինիկային՝ ոչ բժշկական փոխադրամիջոցի տրամադրման հարցով։

Ոչ բժշկական փոխադրման սահմանափակումներ

Kaiser Permanente Dual Complete պլանը ձեր կարիքներին համապատասխան ամենաէժան NMT-ն է տրամադրում՝ ձեր տնից մինչև հասանելի ժամադրություն ունեցող ամենամոտ մատակարարը։ **Դուք չեք կարող ինքներդ վարել կամ անմիջապես փոխհատուցում ստանալ։**

NMT չի կիրառվում, եթե՝

- Ծառայությունը ստանալու համար անհրաժեշտ է շտապօգնության մեքենա, պատգարակի համար նախատեսված խցիկով ֆուրգոն, անվասայլակի համար նախատեսված խցիկով ֆուրգոն կամ ոչ արտակարգ իրավիճակների համար բժշկական տրանսպորտի այլ տեսակ։

- Ձեզ օգնություն է հարկավոր վարորդի կողմից, որպեսզի դուրս գաք կամ մտնեք տուն, ավտոմեքենա կամ բուժման վայր՝ ֆիզիկական կամ առողջական վիճակի պատճառով:
- Դուք անվասայլակում եք և չեք կարող մեքենայից տեղափոխվել առանց վարորդի օգնության:
- Ծառայությունն ապահովագրված չէ Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից:

H. Փոխհատուցվող ծառայություններ բժշկական արտակարգ իրավիճակում, երբ հրատապ անհրաժեշտ է, կամ աղետի ժամանակ

H1. Խնամք բժշկական արտակարգ իրավիճակում

Բժշկական արտակարգ իրավիճակը բժշկական վիճակ է, որն ունի այնպիսի ախտանիշներ, ինչպիսիք են հիվանդությունը, ուժեղ ցավը, լուրջ վնասվածքը կամ արագ վատթարացող բժշկական վիճակը: Վիճակն այնքան լուրջ է, որ եթե անհապաղ բժշկական օգնություն չցուցաբերվի, ապա դուք կամ բժշկական միջին գիտելիքներ ունեցող մեկը կարող է հասկանալ, որ հնարավոր է՝ դա հանգեցնի՝

- ձեր կամ ձեր չծնված երեխայի առողջության համար լուրջ բարդությունների, **կամ**
- լուրջ վնաս մարմնական ֆունկցիաներին, **կամ**
- որևէ օրգանի կամ մարմնի մասի լուրջ անդամալուծություն, **կամ**
- Ծննդաբերության ակտիվ փուլում գտնվող հղի կնոջ պարագայում, երբ՝
  - Չկա բավարար ժամանակ մինչև ծննդաբերությունը ձեզ մեկ այլ հիվանդանոց անվտանգ տեղափոխելու համար:
  - Մեկ այլ հիվանդանոց տեղափոխումը կարող է վտանգավոր լինել ձեր և ձեր չծնված երեխայի առողջության կամ անվտանգության համար:

Եթե ձեզ մոտ արտակարգ իրավիճակ է՝

- **Օգնություն ստացեք որքան հնարավոր է** արագ **:** Զանգահարեք 911 կամ օգտվեք մոտակա անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքից կամ հիվանդանոցից: Կանչեք շտապօգնության մեքենա, եթե դրա կարիքն ունեք: Հաստատման կամ *ձեր* PCP-ից ուղեգրի կարիք չկա: Ձեզ հարկավոր չէ օգտվել ցանցի մատակարարներից: Դուք կարող եք ստանալ փոխհատուցված շտապ բուժօգնություն, երբ այն ձեզ անհրաժեշտ է, ԱՄՆ-ի ցանկացած վայրում կամ դրա տարածքներում կամ ամբողջ աշխարհում համապատասխան պետական լիցենզիա ունեցող ցանկացած մատակարարի կողմից:
- **Որքան հնարավոր է շուտ մեր պլանին տեղեկացրեք ձեր արտակարգ իրավիճակի մասին:** Մենք հետևում ենք ձեր շտապ բուժօգնությանը: Դուք կամ մեկ ուրիշը պետք է զանգահարեք՝ մեզ տեղեկացնելու համար ձեր արտակարգ իրավիճակի մասին՝ սովորաբար 48 ժամվա ընթացքում: Այնուամենայնիվ, դուք չեք վճարի շտապ բուժօգնության ծառայությունների համար, եթե ուշ տեղեկացնեք մեզ: Հեռախոսահամարը, որով պետք է զանգահարեք, նշված է ձեր պլանի անդամակցության քարտի դարձերեսին:

Փոխհատուցված ծառայություններ բժշկական արտակարգ իրավիճակում

Մեր պլանը փոխհատուցում է շտապօգնության ծառայությունները այն դեպքերում, երբ շտապօգնության բաժանմունք այլ կերպ հասնելը կարող է վտանգել ձեր առողջությունը: Մենք նաև փոխհատուցում ենք բժշկական ծառայությունները արտակարգ իրավիճակների դեպքում: Ավելին իմանալու համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 4**-ի Նպաստների աղյուսակը:

Ձեզ շտապ բուժօգնություն ցուցաբերող մատակարարներն են որոշում, թե երբ է ձեր վիճակը կայուն, և թե երբ է ավարտվում շտապ բուժօգնությունը: Նրանք կշարունակեն բուժել ձեզ և կապ կհաստատեն մեզ հետ՝ պլաններ կազմելու համար, եթե բարելավման համար դուք հետագա խնամքի կարիք ունենաք:

Մեր պլանը փոխհատուցում է ձեր հետագա խնամքը: Եթե դուք ստանում եք ձեր շտապ բուժօգնությունը ոչ ցանցի գտնվող մատակարարների կողմից, մենք կփորձենք այնպես անել, որ ցանցի մատակարարները հնարավորինս շուտ ստանձնեն ձեր խնամքը:

Մենք կհամագործակցենք բժիշկների հետ, ովքեր տրամադրում են շտապ բուժօգնություն՝ օգնելու կառավարել ձեր խնամքը և հետևել դրան: Շտապ բուժօգնությունից հետո դուք իրավունք ունեք ստանալու հետագա խնամք՝ համոզված լինելու համար, որ ձեր վիճակը շարունակում է կայուն մնալ: Մեր բժիշկները կշարունակեն բուժել ձեզ այնքան ժամանակ, մինչև կապ հաստատեն մեզ հետ և լրացուցիչ բուժօգնության հետ կապված հետագա քայլերի պլան մշակեն:

Մենք, համապատասխան օրենքի համաձայն, կփոխհատուցենք ձեր հետագա՝հետկայունացման բուժօգնության ծախսերը: Շատ կարևոր է, որ ձեր մատակարարը հետկայունացման խնամքի լիազորություն ստանալու համար մեզ հետ կապ հաստատի **նախքան** արտացանցի մատակարարից ձեր խնամք ստանալը: Ձեզ բուժող բժիշկը պետք է մեզնից թույլտվություն ստանա, նախքան մենք կվճարենք հետկայունացման շրջանի խնամքի համար: Դուք ֆինանսական պատասխանատվություն կկրեք հիմնականում միայն այն դեպքում, երբ ձեր հնարավոր պարտավորության մասին ձեզ տեղեկացնի արտացանցի մատակարարը կամ մենք:

Արտացանցի մատակարարից հետկայունացման խնամք ստանալու նպատակով նախնական հաստատում խնդրելու համար մատակարարը պետք է զանգահարի մեզ՝ 1-800-225-8883 (TTY 711) հեռախոսահամարով: Նա կարող է նաև զանգահարել Kaiser Permanente-ի Ձեր ID քարտի հակառակ կողմում նշված հեռախոսահամարով: Մատակարարը պետք է զանգահարի մեզ նախքան Ձեզ ծառայություններ մատուցելը:

Երբ մատակարարը զանգահարի, մենք կզրուցենք ձեզ բուժող բժշկի հետ: Եթե մենք որոշենք, որ ձեզ հետկայունացման շրջանում խնամք է հարկավոր, մենք կթույլատրենք, որպեսզի ձեզ տրամադրվեն փոխհատուցվող ծառայություններ: Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք կազմակերպել, որ խնամքը տրամադրի ցանցի մատակարարը:

Եթե մենք որոշենք, որ խնամքը պետք է տրամադրվի ցանցի հիվանդանոցի, մասնագիտացված բուժքույրական հաստատության կամ այլ մատակարարի կողմից, մենք կարող ենք լիազորել բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ փոխադրման ծառայությունները՝ մատակարարի մոտ ձեզ հասցնելու համար: Դրանք կարող են հատուկ տրանսպորտային ծառայություններ լինել, որոնց համար մենք սովորաբար փոխհատուցում չենք տրամադրում:

Դուք պետք է մատակարարին հարցնեք, թե ինչ տիպի խնամք (այդ թվում՝ փոխադրում) ենք մենք լիազորել: Մենք փոխհատուցում ենք միայն մեր կողմից լիազորված ծառայությունների և դրանց հետ կապված փոխադրման համար: Եթե դուք դիմում եք և ստանում եք չփոխհատուցվող ծառայություններ, մենք չենք կարող մատակարարին վճարել ծառայությունների համար:

Հետկայունացման շրջանի խնամքը նաև ներառում է երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումների (durable medical equipment, DME) տրամադրում՝ միայն եթե դրանք համապատասխանում են հետևյալ բոլոր պահանջներն՝

- DME-ի փոխհատուցվում է, ինչպես նշված է այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 4**-ում:
- DME պարագա ունենալը ձեզ համար բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո:
- DME-ն առնչվում է հիվանդանոցում ձեր ստացած շտապ օգնության խնամքի հետ:

Շտապ օգնություն ստանալը ոչ արտակարգ իրավիճակում

Երբեմն կարող է դժվար լինել հասկանալ՝ արդյոք ձեզ մոտ առկա է բժշկական կամ հոգեկան խնդրի հետ կապված արտակարգ իրավիճակ, թե ոչ: Դուք կարող եք շտապ բուժօգնության դիմել, երբ բժշկի կարծիքով իրականում արտակարգ իրավիճակ չէ: Եթե դուք ողջամտորեն կարծել եք, որ ձեր առողջությունը լուրջ վտանգի տակ է, մենք փոխհատուցում ենք ձեր խնամքի համար:

Այն բանից հետո, երբ բժիշկը հայտնում է, որ արտակարգ իրավիճակ չի եղել, մենք փոխհատուցում ենք ձեր լրացուցիչ խնամքի համար միայն այն դեպքում, եթե.

- Դուք օգտվում եք ցանցի մատակարարի ծառայություններից կամ
- Ձեր ստացած լրացուցիչ խնամքը համարվում է «հրատապ պահանջվող խնամք», և դուք պետք է հետևեք դրանից օգտվելու կանոններին: Տե՛ս հաջորդ բաժինը:

H2. Հրատապ պահանջվող խնամք

Հրատապ է համարվում այն բուժօգնությունը, որը դուք ստանում եք այնպիսի իրավիճակում, որը արտակարգ չէ, բայց պահանջում է անհետաձգելի բուժօգնություն: Օրինակ՝ ձեզ մոտ կարող է լինել արդեն գոյություն ունեցող հիվանդության սրում կամ անսպասելի հիվանդություն կամ կոտրվածք:

Հրատապ պահանջվող խնամք մեր պլանի սպասարկման տարածքում

Մենք փոխհատուցում ենք Հրատապ պահանջվող խնամքը միայն այն դեպքում, երբ.

- Դուք ստանում եք այդ խնամքը ցանցի մատակարարից **և**
- Հետևում եք այս գլխում նկարագրված կանոններին:

Եթե հնարավոր կամ ողջամիտ չէ ցանցի մատակարարի մոտ գնալը՝ հաշվի առնելով ձեր ժամանակը, տեղը կամ հանգամանքները, ապա մենք կփոխհատուցենք այն Հրատապ պահանջվող խնամքը, որը դուք կստանաք ցանցից դուրս մատակարարից:

Մենք գիտենք, որ երբեմն դժվար է հասկանալ, թե ինչ տեսակի խնամքի կարիք ունեք: Այդ պատճառով մենք ունենք հեռախոսային խորհրդատու բուժքույրեր, որոնք պատրաստ են ձեզ օգնել:

Մեր խորհրդատու բուժքույրերը գրանցված բուժքույրեր են, ովքեր հատուկ վերապատրաստում են անցել, որպեսզի օգնեն ձեզ հասկանալ հիվանդության ախտանշանները և խորհուրդներ տան ձեզ հեռախոսով, երբ դա անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից: Անկախ նրանից՝ ձեզ անհրաժեշտ է խորհրդատվություն, թե այց նշանակել, դուք կարող եք զանգահարել խորհրդատու բուժքրոջը:

Նա կարող է պատասխանել ձեր ոչ լուրջ առողջական խնդիրների հետ կապված հարցերին, ձեզ խորհուրդ տալ, թե ինչ անել, եթե ցանցի հաստատությունը փակ է, կամ խորհուրդ տալ հետագա քայլերի վերաբերյալ, ինչպես նաև ձեզ համար նույն օրը հրատապ բուժօգնության այց նշանակել, եթե դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է: Խորհրդատու բուժքրոջ հետ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր խոսելու կամ այց ամրագրելու համար դիմեք տե՛ս *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն* ժամադրության և խորհրդի հեռախոսահամարների համար:

Հրատապ պահանջվող խնամքը մեր պլանի սպասարկման տարածքում

Երբ դուք գտնվում եք մեր պլանի սպասարկման տարածքից դուրս, հնարավոր է՝ չկարողանաք բուժօգնություն ստանալ ցանցի մատակարարից: Այդ դեպքում մեր պլանը փոխհատուցում է Հրատապ պահանջվող խնամքի համար, որը դուք ստանում եք ցանկացած մատակարարից: Այնուամենայնիվ, բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ պարբերական այցելությունները բժշկի մոտ, ինչպիսիք են տարեկան ստուգումները, չեն համարվում հրատապ, նույնիսկ եթե դուք գտնվում եք մեր պլանի սպասարկման տարածքից դուրս, կամ մեր պլանի ցանցը ժամանակավորապես հասանելի չէ:

Մեր պլանը փոխհատուցում է հրատապ պահանջվող խնամքի համար ամբողջ աշխարհում՝ Միացյալ Նահանգներից դուրս՝ հետևյալ դեպքերում.

- Դուք ժամանակավորապես գտնվել եք մեր սպասարկման տարածքից դուրս:
- Բուժօգնությունն անհրաժեշտ էր չնախատեսված հիվանդության կամ վնասվածքի բուժման համար՝ ձեր առողջության վրա լուրջ հետևանքները կանխելու համար:
- Ողջամիտ չէր լինի հետաձգել բուժումը՝ մինչև կվերադառնայիք մեր սպասարկման տարածք:
- Ծառայությունները կփոխհատուցվեին, եթե դրանք ստացած լինեիք ցանցի բուժծառայություններ մատուցողից:

H3. Խնամք աղետի ժամանակ

Եթե Կալիֆոռնիա նահանգի կառավարիչը, ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների նախարարը կամ Միացյալ Նահանգների նախագահը հայտարարում է աղետի կամ արտակարգ դրության իրավիճակի մասին ձեր աշխարհագրական տարածքում, դուք, միևնույն է, իրավունք ունեք օգտվել մեր պլանից:

Հայտարարված աղետի ժամանակ ձեզ անհրաժեշտ խնամքը ստանալու վերաբերյալ տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայք՝ kp.org:

Եթե հայտարարված աղետի ժամանակ չեք կարող օգտվել ցանցի մատակարարի ծառայություններից, կարող եք բուժօգնություն ստանալ արտացանցի մատակարարներից ներցանցի ծախսերի բաշխման սակագնով: Եթե հայտարարված աղետի ժամանակ չեք կարող օգտվել ցանցի

դեղատնից, կարող եք ստանալ ձեր դեղամիջոցները ոչ ցանցի դեղատնից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 5**-ը:

I. Ինչ անել, եթե ձեզ ուղղակիորեն հաշիվ են ներկայացնում ապահովագրված ծառայությունների համար

Եթե փոխհատուցված ծառայությունների համար ծախսերի բաշխման գումարից ավել եք վճարել, կամ եթե ձեր ստացած հաշվի մեջ փոխհատուցված ծառայությունների համար ամբողջական գումարն է նշված, հետագա քայլերի մասին տեղեկանալու համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 7**-ը:

Մի վճարեք հաշիվը ինքներդ: Եթե վճարեք, մենք չենք կարողանա ձեզ վերադարձնել գումարը:

I1. Ինչ անել, եթե մեր պլանը չի փոխհատուցում ծառայությունները

Մեր պլանը փոխհատուցում է այն բոլոր ծառայությունների համար՝

- որոնք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են, և
- որոնք նշված են մեր պլանի Նպաստների աղյուսակում (տե՛ս այս Անդամի ձեռնարկի **Գլուխ 4** -ը), **և**
- որոնք ստանում եք՝ հետևելով պլանի կանոններին:

Եթե ստանում եք ծառայություններ, որոնք չեն փոխհատուցվում մեր պլանի կողմից, **դուք ողջ գումարն ինքներդ եք վճարում**, եթե իհարկե փոխհատուցում չեք ստանում մեկ այլ արտացանցի Medi-Cal ծրագրից:

Եթե ցանկանում եք իմանալ՝ մենք վճարում ենք որևէ բուժծառայության կամ բուժօգնության համար, դուք իրավունք ունեք մեզ հարցնելու: Դուք նաև իրավունք ունեք մեզ այդ մասին հարցնելու գրավոր ձևով: Եթե մենք պատասխանում ենք, որ չենք վճարելու ձեր ծառայությունների համար, դուք իրավունք ունեք բողոքարկելու մեր որոշումը:

Այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ում** բացատրվում է՝ ինչ անել, եթե ուզում եք, որ մենք փոխհատուցենք որևէ ծառայություն կամ պարագա: Այնտեղ նաև ներկայացված է՝ ինչպես կարող եք բողոքարկել մեր փոխհատուցման որոշումը: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ ձեր բողոքարկման իրավունքների մասին ավելին իմանալու համար:

Որոշ ծառայությունների համար մենք վճարում ենք մինչև որոշակի սահմանաչափ: Եթե դուք գերազանցում եք սահմանաչափը, դրանից հետո դուք եք վճարում ծառայության ամբողջ արժեքը, եթե շարունակում եք այն ստանալ: Որոշ նպաստների սահմանաչափերի համար տե՛ս **Գլուխ 4** -ը: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ տեղեկանալու նպաստների սահմանաչափերին, և թե ձեր նպաստներից որքան եք օգտագործել:

J. Բուժծառայությունների փոխհատուցումը կլինիկական հետազոտության ժամանակ

J1. Կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության սահմանում

Կլինիկական հետազոտության (նաև կոչվում է կլինիկական փորձարկում) միջոցով բժիշկները փորձարկում են բուժօգնության կամ դեղորայքի նոր տեսակներ: Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտության համար սովորաբար պահանջվում է, որպեսզի հետազոտությանը մասնակցեն կամավորներ: Երբ մասնակցում եք կլինիկական հետազոտության, կարող եք մնալ մեր ծրագրում ընդգրկված և շարունակել ստանալ ձեր խնամքի մնացած մասը (հետազոտության հետ կապ չունեցող խնամք) մեր ծրագրի միջոցով:

Եթե ուզում եք մասնակցել Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտության, մեզ զգուշացնելու կամ մեր հաստատումը ստանալու կարիք **չկա** , բայց խրախուսում ենք մեզ կամ ձեր առաջնային խնամքի մատակարարին տեղյակ պահել: Որպես հետազոտության մաս ձեզ խնամք տրամադրող մատակարարները պարտադիր **չէ** , որ լինեն ցանցի մատակարարներ: Սա չի վերաբերում այն փոխհատուցվող նպաստներին, որոնք պահանջում են կլինիկական փորձարկում կամ գրանցամատյան՝ օգուտը գնահատելու համար, ներառյալ որոշակի նպաստներ, որոնք պահանջում են ապացույցների զարգացման ծածկույթ (NCD-CED) և հետազոտական սարքերի բացառություն (investigational device exemption, IDE) ուսումնասիրություններով ծածկույթ: Այս նպաստները կարող են նաև ենթակա լինել նախնական թույլտվության և այլ պլանի կանոնների:

Եթե ցանկանում եք մասնակցել կլինիկական հետազոտությանը, որը փոխհատուցվում է Original Medicare-ի կողմից, դուք կամ ձեր խնամքի համակարգողը պետք է կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման կենտրոն հետ՝ մեզ տեղեկացնելու համար, որ մասնակցելու եք կլինիկական փորձարկմանը:

J2. Վճարումը ծառայությունների համար, երբ դուք կլինիկական հետազոտության եք մասնակցում

Երբ դուք կամավոր մասնակցում եք Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտությանը, դուք ոչինչ չեք վճարում հետազոտության շրջանակներում փոխհատուցվող ծառայությունների համար: Medicare-ը վճարում է հետազոտության շրջանակներում փոխհատուցվող ծառայությունների, ինչպես նաև ձեր խնամքի հետ կապված սովորական ծախսերի համար: Հենց որ գրանցվում եք Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտությանը, դուք ստանում եք փոխհատուցում՝ հետազոտության մաս կազմող ծառայությունների և պարագաների մեծ մասի համար: Սա ներառում է՝

- հիվանդանոցում կեցության համար ծախսը՝ սենյակ, սնունդ, որոնց համար Medicare-ը կվճարեր, եթե անգամ դուք հետազոտության չմասնակցեիք:
- իրահատություն կամ այլ բժշկական պրոցեդուրա, որը հետազոտության մաս է կազմում
- նոր բուժօգնության ցանկացած կողմնակի ազդեցության և բարդության բուժում

Եթե մասնակցում եք Medicare-ի կողմից **չհաստատված** հետազոտության, պետք է ինքներդ հոգաք հետազոտության հետ կապված ձեր ցանկացած ծախս:

J3. Ավելին կլինիկական հետազոտությունների մասին

Կարող եք ավելին իմանալ կլինիկական հետազոտության մասնակցելու մասին՝ կարդալով «Medicare & Clinical Research Studies» (Medicare և կլինիկական հետազոտություններ) Medicare-ի կայքում (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies): Կարող եք նաև զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

K. Ինչպես է կատարվում ձեր խնամքի ծառայությունների փոխհատուցումը կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում

K1. Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության սահմանումը

Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունն այն վայրն է, որտեղ տրամադրվում է այնպիսի բուժօգնություն, որը դուք սովորաբար կստանայիք հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունում: Երբ հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունում բուժօգնություն ստանալը դեմ է ձեր կրոնական համոզմունքներին, մենք փոխհատուցում ենք կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում ստացած բուժօգնության համար:

Այս նպաստը նախատեսված է միայն Medicare Մաս A ստացիոնար ծառայությունների համար (ոչ բժշկական առողջապահական ծառայություններ):

K2. Խնամք կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունից

Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում բուժօգնություն ստանալու համար դուք պետք է ստորագրեք իրավական փաստաթուղթ, որտեղ նշվում է, որ դուք դեմ եք «բացառություն չկազմող» բժշկական օգնություն ստանալուն:

- «Բացառություն չկազմող» բժշկական օգնությունը ցանկացած խնամք կամ բուժում է, որը **կամավոր է և չի պահանջվում** որևէ դաշնային, նահանգային կամ տեղական օրենքով:
- «Բացառություն կազմող» բժշկական օգնությունը ցանկացած խնամք կամ բուժում է, որը կամավոր չէ և պահանջվում է դաշնային, նահանգային կամ տեղական օրենքով:
- Մեր պլանով փոխհատուցում ստանալու համար կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում ստացված բուժօգնության համար հարկավոր է համապատասխանել հետևյալ պայմաններին՝
- Բուժօգնությունը տրամադրող հաստատությունը պետք է հավաստագրված լինի Medicare-ի կողմից:
- Մեր պլանը փոխհատուցում է խնամքի միայն ոչ կրոնական կողմերը:
- Եթե դուք ծառայություններ եք ստանում այսպիսի հաստատությունում, ապա.
  - Դուք պետք է այնպիսի առողջական խնդիր ունենաք, որի բուժման համար կարող եք փոխհատուցվող բուժօգնություն ստանալ ստացիոնար հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունում:

- Պետք է մեզնից հաստատում ստանաք նախքան տվյալ հաստատություն ընդունվելը, այլապես ձեր խնամքը **չի** փոխհատուցվի:

Նշում. փոխհատուցվող ծառայությունները ենթակա են նույն սահմանափակումներին և ծախսերի բաշխմանը, ինչ ցանցի մատակարարների կողմից տրամադրվող ծառայությունները, ինչպես նշված է **Գլուխներ 4-ում և 12-ում**:

L. Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորում (DME)

L1. Մեր պլանի անդամներին DME-ի տրամադրում

Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումները («DME») ներառում են հետևյալ չափանիշները բավարարող պարագաներ՝

- Կրկնակի օգտագործման համար նախատեսված պարագաներ
- Պարագան առաջնահերթ և սովորաբար օգտագործվում է բժշկական նպատակով
- Սովորաբար պարագան պետք է օգտագործի միայն հիվանդություն, վնասվածք, ֆունկցիոնալ խանգարում կամ բնածին արատ ունեցող անձը
- Պարագան հարմար է տանը կամ դրսում օգտագործման համար
- Պարագան պետք է անհրաժեշտ լինի՝ ձեր առօրյա գործողությունները (activities of daily living, «ADL») կատարելու համար

Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումները պահանջում են նախնական հաստատում: Փոխհատուցումը տրամադրվում է ձեր բժշկական կարիքները լավագույնս բավարարող ամենաէժան պարագայի համար: Մենք ենք ընտրում մատակարարին: Դուք պետք է վերադարձնեք սարքավորումը կամ մեզ վճարեք արդար շուկայական գինը, երբ մենք այլևս չապահովագրենք այն:

DME-ի մեջ ներառված են մատակարարի պատվիրած բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ պարագաներ, օրինակ՝ անվասայլակներ, հենակներ, տաքացվող ներքնակներ, շաքարային դիաբետի խնամքի պարագաներ, հիվանդանոցային մահճակալներ՝ տնային պայմաններում օգտագործելու համար, ներերակային (intravenous, IV) ինֆուզիոն պոմպեր, խոսքի արտաբերումը խթանող սարքեր, թթվածնային սարքեր և օժանդակ պարագաներ, նեբուլայզերներ և քայլակներ:

Որոշ DME պարագաներ, ինչպիսիք են պրոթեզները, մնում են ձեր սեփականությունը:

Այլ DME պարագաները պետք է վարձեք: Որպես մեր պլանի անդամի՝ ձեր սեփականությունը **չեն** դառնա ձեր վարձած DME պարագաները՝ անկախ նրանից, թե որքան ժամանակով եք վարձել:

Անգամ եթե 12 ամիս շարունակ DME պարագա եք ունեցել Medicare-ում նախքան մեր պլանին միանալը, սարքավորումները միևնույնն է **չեն** դառնա ձեր սեփականությունը:

L2. DME-ի սեփականության իրավունքը Original Medicare ծրագրին անցում կատարելիս

Original Medicare ծրագրում մարդիկ, ովքեր վարձակալում են երկարաժամկետ բժշկական սարքավորումների որոշակի տեսակներ, 13 ամիս հետո դառնում են դրանց սեփականատերը: Medicare Advantage (MA) պլանով կարող է սահմանվել այն ամիսների քանակը, որոնց ընթացքում մարդիկ պետք է վարձակալեն DME որոշակի տեսակներ՝ նախքան դրանց սեփականատեր դառնալը:

Եթե այլևս Medi-Cal չունեք, պետք է կատարեք 13 անընդմեջ վճարումներ Original Medicare-ի շրջանակներում կամ MA պլանով սահմանված կարգով, որպեսզի դառնաք DME պարագաների սեփականատերը, եթե.

- մեր պլանում ներգրավված լինելու ժամանակ չեք դարձել DME պարագայի սեփականատեր **և**
- դուրս եք գալիս մեր ծրագրից և ստանում եք ձեր Medicare նպաստները Original Medicare ծրագրում կամ MA պլանում ընդգրկված որևէ առողջապահական ծրագրից դուրս:

Եթե մեր պլանին միանալուց առաջ Original Medicare կամ MA պլանի շրջանակներում վճարումներ եք կատարել DME պարագայի համար, **Original Medicare կամ MA պլանի այդ վճարումները մեր պլանից դուրս գալիս անհրաժեշտ վճարումների մաս չեն կազմում**:

- Դուք ստիպված կլինեք անընդմեջ կատարել 13 նոր վճարումներ Original Medicare-ի շրջանակներում կամ MA պլանով սահմանված մի շարք նոր վճարումներ անընդմեջ՝ DME պարագաների սեփականատեր դառնալու համար:
- Երբ վերադառնաք Original Medicare կամ MA պլանին, այդ դեպքում բացառություններ չեն լինի

L3. Թթվածնային սարքավորման նպաստները մեր պլանի անդամների համար

Եթե որակավորվում եք Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող թթվածնային սարքերի համար, մենք փոխհատուցում ենք՝

- թթվածնային սարքի վարձույթը
- թթվածնի և թթվածնային պարունակության առաքումը
- խողովակաշարը և հարակից պարագաները՝ թթվածնի և թթվածնային պարունակության առաքման համար
- թթվածնային սարքերի տեխսպասարկումն և վերանորոգումը

Թթվածնային սարքը պետք է վերադարձվի, երբ այն բժշկական տեսանկյունից այլևս ձեզ անհրաժեշտ չէ, կամ եթե դուրս եք գալիս մեր պլանից:

L4. Թթվածնային սարքավորումը Original Medicare կամ այլ Medicare Advantage (MA) պլանի անցնելիս

Երբ թթվածնային սարքը բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է, և **դուք դուրս եք գալիս մեր պլանից ու անցնում Original Medicare պլանի**, սարքը մատակարարից պետք վարձեք 36 ամսով: Ձեր ամսական վարձավճարով դուք կստանաք վերոնշյալ թթվածնային սարքը, օժանդակ պարագաներն ու ծառայությունները: Medicare-ը և Medi-Cal-ը փոխհատուցում են այս վճարումները, եթե դեռևս գրանցված եք Medicare-ում և Medi-Cal-ում:

Եթե թթվածնային սարքավորումը բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է **36 ամսով վարձելուց հետո,** ձեր մատակարարը պետք է տրամադրի՝

- թթվածնային սարք, օժանդակ պարագաներ և ծառայություններ հաջորդ 24 ամսվա համար
- թթվածնային սարք և օժանդակ պարագաներ՝ առավելագույնը 5 տարի ժամկետով, եթե դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է

Եթե թթվածնային սարքավորումը բժշկական տեսանկյունից դեռ անհրաժեշտ է **հինգ տարվա ժամկետի ավարտին.**

- Ձեր մատակարարն այլևս պարտավոր չէ այն ձեզ տրամադրել, և դուք կարող եք ստանալ փոխարինող սարք ցանկացած այլ մատակարարից:
- Սկսվում է սարքի տրամադրման նոր՝ հինգ տարվա ժամանակահատված:
- Դուք այն վարձակալում եք մատակարարից 36 ամսով:
- Այնուհետև ձեր մատակարարը տրամադրում է թթվածնային սարքը, օժանդակ պարագաներն ու ծառայությունները հաջորդ 24 ամսվա համար:
- Ամեն հինգ տարին մեկ նոր շրջափուլ է սկսվում, այնքան ժամանակ, քանի դեռ թթվածնային սարքը բժշկական առումով ձեզ անհրաժեշտ է:

Երբ թթվածնային սարքավորումը բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է, և **դուք մեր պլանից դուրս եք գալիս՝ անցնելով մեկ այլ MA պլանի**, պլանը կփոխհատուցի Original Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող նվազագույն չափը: Դուք կարող եք հարցնել ձեր նոր MA պլանի աշխատողներին, թե ինչ թթվածնային սարքեր և պարագաներ է այն ներառում, և որքան կլինեն ձեր ծախսերը:

Գլուխ 4. Նպաստների աղյուսակ

Ներածություն

Այս գլխում ներկայացված են այն ծառայությունները, որոնք մեր պլանով փոխհատուցվում են, այդ ծառայությունների հետ կապված սահմանափակումները, և թե որքան եք դուք վճարում յուրաքանչյուր ծառայության համար: Այստեղ նաև ներկայացված են այն նպաստներ, որոնք մեր պլանով չեն փոխհատուցվում: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով այս *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Kaiser Permanente Dual Complete -ի նոր անդամների համար. Շատ դեպքերում Kaiser Permanente Dual Complete-ում գրանցվելու ձեր դիմումից հետո հաջորդ ամսվա 1-ին օրը դուք կգրանցվեք Kaiser Permanente Dual Complete ծրագրում՝ ձեր Medicare նպաստներն ստանալու համար: Դուք կարող եք շարունակել ևս մեկ ամիս ստանալ ձեր նախորդ Medi-Cal-ի առողջապահական պլանի Medi-Cal-ի ծառայությունները: Դրանից հետո դուք կստանաք ձեր Medi-Cal ծառայությունները Kaiser Permanente Dual Complete-ի միջոցով: Ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը չի ընդհատվի: Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք մեզ 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m., շաբաթը 7 օր:

Գլուխ 4 Բովանդակություն

A. Ձեր փոխհատուցվող ծառայությունները և ձեր գրպանից արված ծախսերը 101

B. Ծառայությունների համար ձեզանից գումար գանձող մատակարարների դեմ կանոններ 101

C. Մեր պլանի Նպաստների աղյուսակի մասին 101

D. Մեր պլանի Նպաստների աղյուսակը 107

E. Համայնքի աջակցություն 197

F. Մեր պլանից դուրս փոխհատուցվող նպաստներ 205

F1. Կալիֆոռնիայի համայնքային անցումներ (CCT) 205

F2. Medi-Cal Dental 206

F3. Տնային աջակցության ծառայություններ (IHSS) 207

F4. 1915(c) Տնային և համայնքային (HCBS) հրաժարման ծառայություններից հրաժարման ծրագրեր.....207

F5. Մեր պլանից դուրս տրամադրվող վարչաշրջանային վարքագծային առողջության ծառայություններ (հոգեկան առողջության և թմրամիջոցների օգտագործման խանգարման բուժման ծառայություններ).....210

G. Մեր պլանի, Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից չփոխհատուցվող նպաստներ.....212

A. Ձեր փոխհատուցվող ծառայությունները և ձեր գրպանից արված ծախսերը

Այս գլխում ներկայացված են այն ծառայությունները, որոնք մեր պլանով փոխհատուցվում են, և յուրաքանչյուր ծառայության համար դուք որքան եք վճարում: Դուք կարող եք նաև տեղեկանալ այն ծառայությունների մասին, որոնք չեն փոխհատուցվում: Դեղորայքային նպաստների մասին տեղեկությունները ներկայացված են այս **Գլուխ 5** անդամի ձեռնարկում *Անդամի ձեռնարկ*. Այս գլխում նաև ներկայացված են որոշ ծառայությունների հետ կապված սահմանափակումները:

Որոշ ծառայությունների համար նախատեսված են ձեր կողմից կատարվող ծախսեր, որոնք կոչվում են համավճար: Սա ֆիքսված գումար է (օրինակ՝ $5), որ դուք վճարում եք ամեն անգամ, երբ ստանում եք այդ ծառայությունը: Դուք վճարում եք համավճարն այն ժամանակ, երբ ստանում եք բժշկական ծառայությունը:

Եթե ձեզ օգնություն է անհրաժեշտ՝ հասկանալու համար, թե որ ծառայություններն են փոխհատուցվում, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 (TTY 711) հեռախոսահամարով շաբաթական 7 օր՝ ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.:

B. Ծառայությունների համար ձեզանից գումար գանձող մատակարարների դեմ կանոններ

Մենք թույլ չենք տա, որ մեր մատակարարները փոխհատուցվող ծառայությունների համար ձեզանից գումար գանձեն: Մենք վճարում ենք անմիջապես մեր բուժծառայություններ մատուցողներին և ձեզ ազատում ենք նրանց գումար վճարելուց: Սա նաև վերաբերում է այն դեպքին, երբ մենք մատակարարին վճարում ենք ավելի քիչ, քան նա գանձում է ծառայության դիմաց:

Մատակարարը երբեք չպետք է ձեզ հաշիվ ներկայացնի փոխհատուցվող ծառայությունների համար: Իսկ եթե ներկայացնի, բացեք այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 7**-ը կամ զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն:

C. Մեր պլանի Նպաստների աղյուսակի մասին

Նպաստների աղյուսակը ներկայացնում է այն ծառայությունները, որոնց համար մեր պլանը վճարում է: (Դեղորայքի փոխհատուցումը ներկայացված է **Գլուխ 5-ում**): Այնտեղ այբբենական կարգով ներկայացված են փոխհատուցվող ծառայությունները և դրանց նկարագրությունը:

Մենք վճարում ենք Նպաստների աղյուսակում նշված ծառայությունների համար, եթե պահպանվում են հետևյալ կանոնները.

- Մենք տրամադրում ենք Medicare-ի և Medi-Cal-ի փոխհատուցվող ծառայությունները՝ համաձայն Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից սահմանված կանոնների:
- Ծառայությունները, այդ թվում՝ խնամքը, վարքագծային առողջությունը և թմրամիջոցների օգտագործման խանգարման բուժման ծառայությունները, երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցությունները, պարագաները, սարքավորումները և դեղորայքը պետք լինեն «բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ»: Այդպես բնորոշվում են այն ծառայությունները, օժանդակ պարագաները կամ դեղամիջոցները, որոնք ձեզ անհրաժեշտ են՝ կանխելու,

ախտորոշելու կամ բուժելու համար ձեր առողջական խնդիրը կամ ձեր առողջության պահպանման համար: Այն ներառում է այն խնամքը, որը կանխում է ձեր հիվանդանոցում կամ բուժքույրական խնամքի հաստատությունում հայտնվելը: Այն նաև նշանակում է, որ ծառայությունները, օժանդակ պարագաները և դեղամիջոցները համապատասխանում են բժշկական չափանիշներին:

- Նոր գրանցվածների համար, առաջին 90 օրվա ընթացքում մենք կարող ենք չպահանջել նախապես հաստատում ստանալ բուժման որևէ ակտիվ կուրսի համար, նույնիսկ եթե բուժման կուրսը նախատեսված էր ոչ ցանցի մատակարարի մոտ սկսված ծառայության համար:

- Դուք ստանում եք խնամքը ցանցի մատակարարից: Ցանցի բուժծառայություն մատուցողը այն բուժծառայություն մատուցողն է, ով աշխատում է մեզ հետ: Շատ դեպքերում, այն խնամքը, որը դուք ստանում եք, ոչ ցանցի մատակարարից, չի ապահովագրվի, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դա արտակարգ կամ անհետաձգելի բուժօգնություն է, կամ եթե ձեր պլանը կամ ցանցի մատակարարը ձեզ ուղեգիր է տվել: Սա նշանակում է, որ հնարավոր է ստիպված լինեք ամբողջ գումարը վճարել մատակարարին ձեր ստացած արտացանցի ծառայությունների համար: Այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 3**-ում կգտնեք ցանցի և ցանցից դուրս մատակարարների ծառայություններից օգտվելու մանրամասները

- Դուք ունեք առաջնային խնամքի մատակարար (primary care provider, PCP) կամ խնամքի թիմ, որոնք իրականացնում և կառավարում են ձեր խնամքը: Սովորաբար դուք պետք է ստանաք ձեր PCP-ի հաստատումը՝ նախքան կկարողանաք դիմել ձեր PCP-ից բացի այլ մատակարարի կամ մեր պլանի ցանցում ներառված այլ մասնագետների: Դա կոչվում է ուղեգիր: Այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 3**-ում մանրամասնորեն ներկայացված է ուղեգիր ստանալու գործընթացը և թե երբ դրա կարիքը չկա

- Նպաստների աղյուսակում նշված որոշ ծառայությունների համար մենք փոխհատուցում ենք միայն այն դեպքում, երբ ձեր բժիշկը կամ ցանցի այլ մատակարար նախ ստանում է մեր հաստատումը: Սա կոչվում է նախնական թույլտվություն (prior authorization, PA): Այն փոխհատուցվող ծառայությունները, որոնց համար անհրաժեշտ է նախնական թույլտվություն, Նպաստների աղյուսակում ունեն տողատակի ծանոթագրություն (†): Բացի այդ, տե՛ս **Գլուխ 3**-ը PA-ի, այդ թվում՝ Նպաստների աղյուսակում չնշված, սակայն PA պահանջող այլ ծառայությունների վերաբերյալ մանրամասների համար:

- Եթե ձեր պլանը նախատեսում է բուժման կուրսի PA հայտի հաստատում, ապա հաստատումը պետք է վավեր լինի այնքան ժամանակ, որքան բժշկական տեսանկյունից ողջամիտ և անհրաժեշտ է՝ ապահովագրման չափանիշների, ձեր բժշկական պատմության և բուժող մատակարարի առաջարկությունների հիման վրա խնամքի ընդհատումներից խուսափելու համար:

- Medicare-ի բոլոր պլանների պես մենք փոխհատուցում ենք այն ամենը, ինչ փոխհատուցվում է Original Medicare-ի կողմից: (Original Medicare-ի փոխհատուցման և ծախսերի վերաբերյալ մանրամասները կարող եք գտնել ձեր *Medicare & You (Medicare-ը և Դուք)* 2027 թ. ձեռնարկում: Գտեք այն առցանց www.Medicare.gov կայքում կամ օրինակ խնդրելու համար զանգահարեք՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY օգտատերերը պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048):

- Եթե Medicare-ը 2027 թ. ընթացքում փոխհատուցում ավելացնի նոր ծառայությունների համար, կա՛մ Medicare-ը, կա՛մ մեր պլանը կփոխհատուցի այդ ծառայությունները:

- Եթե դուք կորցնեք ձեր Medi-Cal-ը շարունակական իրավասության 4-ամսյա ժամանակահատվածում, մենք կշարունակենք տրամադրել Medicare Advantage ծրագրի շրջանակներում ապահովագրված Medicare-ի բոլոր նպաստները: Այնուամենայնիվ, ձեր Medi-Cal ապահովագրությունը կարող է ավարտվել մեզ մոտ ձեր Medicare ապահովագրությունից ավելի վաղ: Երբ ձեր Medi-Cal -ի փոխհատուցումն ավարտվի, մենք չենք վճարի Medi-Cal-ի ձեր նպաստների համար: Kaiser Permanente Dual Complete-ով փոխհատուցվող նպաստների համար ձեր ծախսերի բաշխման չափը կփոխվի, ինչպես նկարագրված է սույն *Անդամի ձեռնարկի* Նպաստների աղյուսակում: Դուք կարող եք նաև կորցնել Medicare-ի լրացուցիչ օգնությունը, որը կօգնի վճարել ձեր Medicare Մաս D դեղերի համար:

  Մենք կօգնենք ձեզ վերականգնել ձեր Medi-Cal-ի իրավասությունը: Եթե մեզ մոտ Medicare-ի ձեր փոխհատուցման դեռ գրանցված լինելու ընթացքում վերականգնվի Medi-Cal-ի ձեր իրավասությունը, մենք կվերսկսենք վճարել ձեր Medi-Cal նպաստների համար, և ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրում կշարունակվի: Medicare-ի ձեր գրանցումը չեղարկելուց հետո, եթե վերականգնեք Medi-Cal-ի ձեր լիարժեք իրավասությունը, ծրագրում կրկին գրանցվելու համար անհրաժեշտ կլինի կապվել մեզ հետ:

Նպաստների վերաբերյալ կարևոր տեղեկատվություն որոշակի քրոնիկական հիվանդություններով տառապող հիվանդների համար - Միայն Հարավային Կալիֆոռնիայի անդամների համար

- Եթե ունեք ստորև նշված քրոնիկական հիվանդություններից որևէ մեկը և համապատասխանում եք որոշակի չափանիշների, կարող եք իրավասու լինել քրոնիկ հիվանդների համար նախատեսված հատուկ լրացուցիչ նպաստների համար:

  - Ալկոհոլի օգտագործման քրոնիկական խանգարում և այլ նյութերի օգտագործման հետ կապված խանգարումներ (SUD-ներ)
  - Աուտոիմունային խանգարումներ՝
    - Հանգուցավոր պերիարտերիիտ
    - Ռևմատիկ պոլիմիալգիա
    - Պոլիմիոզիտ
    - Դերմատոմիոզիտ
    - Ռևմատոիդ հոդաբորբ
    - Համակարգային կարմիր գայլախտ
    - Պսորիատիկ արթրիտ
    - Սկլերոդերմիա
  - Քաղցկեղ
  - Սրտանոթային հիվանդություններ
    - Առիթմիա
    - Պսակային զարկերակային հիվանդություն
    - Ծայրամասային անոթների հիվանդություն
    - Սրտի փականային հիվանդություն

- Քրոնիկական սրտային անբավարարություն
- Դեմենցիա
- Շաքարային դիաբետ
- Մարմնի ավելորդ քաշ, ճարպակալում և մետաբոլիկ համախտանիշ
- Քրոնիկական ստամոքսաղիքային հիվանդություն՝
    - Լյարդի քրոնիկական հիվանդություն
    - Լյարդի ոչ ալկոհոլային ճարպային հիվանդություն
    - Հեպատիտ B
    - Հեպատիտ C
    - Պանկրեատիտ
    - Գրգռված աղու համախտանիշ
    - Ացիների բորբոքային հիվանդություն
- Երիկամի քրոնիկ հիվանդություն (chronic kidney disease, CKD)՝
    - Դիալիզ պահանջող CKD/Վերջին ստադիայի երիկամային հիվանդություն (end-stage renal disease, ESRD)
    - Դիալիզ չպահանջող CKD
- Արյան ծանր հիվանդություններ՝
    - Ապլաստիկ անեմիա
    - Արյան հիվանդություն
    - Իմուն թրոմբոցիտոպենիկ պուրպուրա
    - Միելոդիսպլաստիկ համախտանիշ
    - Մանգաղաբջջային հիվանդություն (բացառությամբ մանգաղաբջջային չարտահայտված ժառանգական հիվանդության)
    - Քրոնիկ երակային թրոմբեոբոլիկ խանգարում
- ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ
- Թոքերի քրոնիկ հիվանդություններ՝
    - Ասթմա, քրոնիկ բրոնխիտ
    - Ցիստիկ ֆիբրոզ
    - Էմֆիզեմա
    - Թոքերի կարծրացում
    - Թոքային հիպերտենզիա
    - Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն (Chronic Obstructive Pulmonary Disease , COPD)
- Քրոնիկական և հաշմանդամություն առաջացնող հոգեկան հիվանդություններ՝
    - Երկբևեռ աֆեկտիվ խանգարումներ
    - Մեծ դեպրեսիվ խանգարում
    - Պարանոիդ խանգարում
    - Շիզոֆրենիա
    - Շիզոաֆեկտիվ խանգարում
    - Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում
    - Սնման խանգարումներ
    - Տագնապային խանգարումներ

- Նյարդաբանական հիվանդություններ՝
    - Կողմնային ամիոտրոֆիկ սկլերոզ (Amyotrophic lateral sclerosis, ALS)
    - Էպիլեպսիա
    - Ընդհանուր պարալիզ (այսինքն՝ հեմիպլեգիա, տետրապլեգիա, պարապլեգիա, մոնոպլեգիա)
    - Հանտինգտոնի հիվանդություն
    - Ցրված սկլերոզ
    - Պարկինսոնի հիվանդություն
    - Պոլինեյրոպաթիա
    - Ֆիբրոմիալգիա
    - Քրոնիկական հոգնածության համախտանիշ
    - Ողնուղեղի վնասվածքներ
    - Ողնաշարային խողովակի նեղացում
    - Կաթվածի հետևանքով նյարդային անբավարարություն
- Կաթված
- Օրգանների փոխպատվաստմանը հաջորդող խնամք
- Իմունային անբավարարության և իմունոսուպրեսիվ խանգարումներ
- Կոգնիտիվ խանգարման հետ կապված հիվանդություններ՝
    - Ալցհեյմերի հիվանդություն
    - Մտավոր հետամնացություն և զարգացման խանգարումներ
    - Գանգուղեղային վնասվածքներ
    - Կոգնիտիվ խանգարման հետ առնչվող մտավոր հաշմանդամություն
    - Թեթև կոգնիտիվ խանգարում
- Ֆունկցիոնալ խանգարումներով ուղեկցվող հիվանդություններ, որոնք նմանատիպ բուժում են պահանջում՝
    - Ողնուղեղի վնասվածքներ
    - Պարալիզ
    - Վերջույթների կորուստ
    - Կաթված
    - Արթրիտ
- Տեսողության, լսողության (խուլություն), համի, շոշափելիքի և հոտառության վրա ազդող քրոնիկ հիվանդություններ
- Հիվանդություններ, որոնք շարունակական թերապիա են պահանջում՝ մարմնի գործունեությունը պահպանելու կամ պահելու համար
- Քրոնիկ հիվանդների համար հատուկ լրացուցիչ նպաստների (SSBCI) իրավասության համար դուք պետք է համապատասխանեք հետևյալ չափանիշներից **բոլորին**.
    - Երկու և ավելի հիվանդությունների և վերը նշված՝ բժշկական տեսանկյունից բարդ հիվանդությունների առկայություն, ինչը զգալիորեն ազդում է ընդհանուր առողջության կամ կենսագործունեության վրա, *և*
    - Հոսպիտալացման անհրաժեշտության կամ այլ զգալիորեն բացասական առողջական վիճակի բարձր ռիսկ, *և*

- Ինտենսիվ խնամքի համակարգման անհրաժեշտություն

Kaiser Permanente-ի SSBCI քաղաքականության և խնդիրների չափանիշների վերաբերյալ մանրամասների համար այցելեք մեր կայք՝ kp.org/Medicare/SSBCI

- Ձեզանից չի պահանջվում որևէ բան անել: Պլանը կորոշի ձեր իրավասությունը՝ ուսումնասիրելով ձեր բժշկական ապահովագրական պահանջների պատմությունը և առողջական գրառումները՝ ստուգելու համար, թե արդյոք առկա է համապատասխան քրոնիկ հիվանդություն(ներ), հոսպիտալացման բարձր ռիսկ և ինտենսիվ բժշկական համակարգման անհրաժեշտություն:

- Որոշ դեպքերում, երբ SSBCI-ի իրավասությունը որոշելու համար կարող է չլինել բավարար բժշկական ապահովագրական պահանջների պատմություն կամ առողջական գրառումներ, օրինակ՝ եթե դուք նոր եք միացել Kaiser Permanente-ին, բուժաշխատողը կարող է հաստատել ձեր համապատասխանությունը՝ լրացնելով և ներկայացնելով Մատակարարի հաստատման ձևը: Մատակարարի հաստատման ձևը կարող է օգտագործվել միայն SSBCI-ի *նախնական* իրավասությունը հաստատելու համար՝ նպաստի սկզբնական վեցամսյա ժամանակահատվածի ընթացքում: Ձևի ներկայացումը չի երաշխավորում SSBCI ծրագրին ձեր իրավասությունը: Այս նախնական ժամանակահատվածի ավարտին ձեր հետագա իրավասությունը պետք է հաստատվի՝ ուսումնասիրելով ձեր բժշկական ապահովագրական պահանջների պատմությունը և առողջական գրառումները:

- Լրացուցիչ մանրամասների համար տե՛ս ստորև ներկայացված Նպաստների աղյուսակի «Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող անձանց համար» բաժինը:

- Կապվեք մեզ հետ՝ պարզելու համար, թե որ նպաստներից կարող եք օգտվել:

- Բոլոր կանխարգելիչ ծառայությունները անվճար են: Այս աղյուսակը 🍎 ցույց է տալիս Նպաստների աղյուսակում ներառված կանխարգելիչ ծառայությունները:

Ստորև ներկայացված Նպաստների աղյուսակը նկարագրում է այս *Անդամի ձեռնարկում* ներառված Kaiser Permanente Dual Complete պլանների բժշկական նպաստները՝

- South P1 պլան
- South P6 պլան
- South P7 պլան
- South P9 պլան
- South P10 պլան
- South P11 պլան
- North P2 պլան

- North P16 պլան
- North P17 պլան
- North P18 պլան
- North P19 պլան
- North P20 պլան
- North P21 պլան
- North P22 պլան
- North P23 պլան
- North P24 պլան
- North P25 պլան

Եթե վստահ չեք, թե որ ծրագրում եք ընդգրկված, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ այս էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով, կամ տեսնել *Տարեկան փոփոխությունների մասին ծանուցման շապիկը* (կամ նոր անդամների դեպքում՝ ձեր գրանցման ձևը կամ գրանցումը հաստատող նամակը):

Նշում. Խնդրում ենք ուսումնասիրել **Գլուխ 1** -ը այս *Անդամի ձեռնարկում* ներառված յուրաքանչյուր ծրագրի աշխարհագրական սպասարկման տարածքի վերաբերյալ տեղեկությունների համար: Ծախսերի բաշխման, գրանցման և գրանցումից դուրս գալու նպատակներով մեր տարածաշրջանի սպասարկման տարածքներում գործում են Dual Complete-ի մի քանի պլաններ, որոնք նկարագրված են այս *Անդամի ձեռնարկում*: Այնուամենայնիվ, ապահովագրված ծառայություններ ստանալու համար դուք պետք է խնամք ստանաք ցանցի մատակարարներից՝ ձեր Տարածաշրջանների ծառայությունների մատուցման տարածքների ցանկացած վայրում:

D. Մեր պլանի Նպաստների աղյուսակը

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Որովայնային առրտայի անևրիզմի սքրինինգ Մենք վճարում ենք մեկանգամյա ուլտրաձայնային սքրինինգի համար ռիսկային խմբում գտնվող անձանց: Մեր պլանը փոխհատուցում է սքրինինգի համար, եթե ձեզ մոտ առկա են որոշ ռիսկային գործոններ, և եթե դուք դրա համար ստանում եք ուղեգիր ձեր բժիշկից, բժշկի օգնականից (physician assistant, PA), բուժքրոջից (nurse practitioner, NP) կամ բուժաշխատողից (clinical nurse specialist, CNS):	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Ասեղնաբուժություն† Մենք վճարում ենք առավելագույնը երկու ամբուլատոր ասեղնաբուժական ծառայությունների համար ցանկացած օրացույցային ամսում, կամ ավելի հաճախ, եթե դրանք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են: Մենք նաև վճարում ենք մինչև 12 ասեղնաբուժության այցերի համար 90 օրում, եթե դուք ունեք մեջքի ստորին հատված քրոնիկ ցավ, որին բնորոշ են՝ • 12 շաբաթ կամ ավելի երկար տևող ցավը, • ոչ սոմատիկ բնույթը (չունի ակնհայտ սոմատիկ պատճառ, օրինակ՝ կապված չէ մետաստատիկ, բորբոքային կամ վարակիչ հիվանդության հետ), • կապված չէ վիրահատության հետ, • կապված չէ հղիության հետ: Բացի այդ, մենք վճարում ենք ասեղնաբուժության ութ հավելյալ սեանսի համար՝ մեջքի ստորին հատվածի ցավի դեպքում, եթե վիճակը բարելավվում է: Դուք չեք կարող ստանալ ասեղնաբուժության ավելի քան 20 բուժական սեանս՝ մեջքի ստորին հատվածի ցավի համար տարվա ընթացքում: Եթե ձեր վիճակը չի բարելավվում կամ վատթարանում է մեջքի ստորին հատվածի ցավի դեպքում, ասեղնաբուժությունը պետք է դադարեցնել: Մատակարարի պահանջներ. Բժիշկները կարող են ասեղնաբուժությունն իրականացնել համապատասխան նահանգային պահանջների համաձայն: Բժշկի օգնականները (PA), բուժքույրերը (NP)/ բուժաշխատողները (CNS) և օժանդակ անձնակազմը կարող են իրականացնել ասեղնաբուժություն, եթե համապատասխանում են նահանգային պահանջներին և ունեն՝ • մագիստրոսի կամ ասպիրանտի աստիճան ասեղնաբուժության կամ Արևելյան բժշկության բնագավառում Ասեղնաբուժության և արևելյան բժշկության հավատարմագրման հանձնաժողովի (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) կողմից հավատարմագրված համալսարանի կողմից, և, **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ասեղնաբուժություն† (շարունակություն) • գործող, լիարժեք, ակտիվ և անսահմանափակ լիցենզիա՝ ասեղնաբուժությամբ զբաղվելու այն նահանգում, որտեղ դուք ստանում եք խնամք: Ասեղնաբուժություն իրականացնող օժանդակ անձնակազմը պետք լինի բժշկի, PA-ի կամ NP/CNS-ի պատշաճ հսկողության տակ, ինչպես նախատեսված է մեր կանոնակարգերով: Մենք նաև փոխհատուցում ենք ասեղնաբուժական ծառայությունները, որոնք սովորաբար չեն փոխհատուցվում Medicare-ի կողմից և տրամադրվում են միայն սրտխառնոցի բուժման կամ քրոնիկ ցավի կառավարման համապարփակ ծրագրի շրջանակներում:	
	Ձեզ կարող են նաև հասանելի լինել ասեղնաբուժության ծառայություններ Medi-Cal-ի փոխհատուցման միջոցով: Medi-Cal-ով մենք փոխհատուցում ենք այն ասեղնաբուժական ծառայությունները, որոնք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են՝ կանխելու, փոփոխելու կամ թեթևացնելու համար ծանր, մշտական քրոնիկ ցավը, որը բացահայտված առողջական խնդրի հետևանք է: Ամբուլատոր ասեղնաբուժական ծառայությունների համար ուղեգիր կամ նախնական թույլտվություն հարկավոր չէ: Այս ասեղնաբուժական ծառայությունների համար տրամադրվում է փոխհատուցում, երբ դրանք ստանում եք ցանցի բուժծառայություններ մատուցողների կամ Ամերիկյան մասնագիտացված առողջապահական ծառայությունների ցանցի մասնագետների կողմից: Medi-Cal-ի կողմից փոխհատուցվող ասեղնաբուժական ծառայությունների մասին ավելին իմանալու համար զանգահարեք American Specialty Health՝ 1-800-678-9133 (TTY 711):	$0
	Ալկոհոլի չարաշահման սքրինինգ և խորհրդատվություն Մենք վճարում ենք ալկոհոլի չարաշահման սքրինինգի (Սքրինինգ, Գնահատում, Կարճ Միջամտություն և Բուժման Ուղեգրում (SABIRT)) համար այն մեծահասակների համար, ովքեր չարաշահում են ալկոհոլը, բայց ալկոհոլային կախվածություն չունեն: Նրանց թվի մեջ են մտնում նաև հղի կանայք: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ալկոհոլի չարաշահման սքրինինգ և խորհրդատվություն (շարունակություն) Եթե ձեր ալկոհոլի չարաշահման սքրինինգը դրական է, ապա ձեզ ամեն տարի կարող է նշանակվել առավելագույնը չորս կարճ դեմ առ դեմ խորհրդատվական այց (եթե դուք զգոն և ուշադիր եք խորհրդատվության ընթացքում) որակավորված առաջնային խնամքի մատակարարի (PCP) կամ մասնագետի մոտ առաջնային խնամքի հաստատությունում:	
	Շտապօգնության փոխադրման ծառայություններ Փոխհատուցվող շտապօգնության ծառայությունները՝ լինի դա արտակարգ, թե ոչ արտակարգ իրավիճակների համար, ներառում է ցամաքային և օդային տրանսպորտային միջոցներ (ինքնաթիռ և ուղղաթիռ): Շտապօգնությունը ձեզ կտեղափոխի մոտակա բուժկենտրոնը, որտեղ կարող են ձեզ օգնություն ցուցաբերել: Ձեր վիճակը պետք է այնքան լուրջ լինի, որ բուժկենտրոն հասնելու այլ եղանակները վտանգավոր լինեն ձեր կյանքի կամ առողջության համար: Մյուս դեպքերի համար շտապ օգնության ծառայությունները (ոչ շտապ) պետք է հաստատվեն մեր կողմից: Ոչ արտակարգ իրավիճակներում մենք կարող ենք վճարել շտապօգնության համար: Ձեր վիճակը պետք է այնքան լուրջ լինի, որ բուժկենտրոն հասնելու այլ եղանակները վտանգավոր լինեն ձեր կյանքի կամ առողջության համար: Ոչ շտապ փոխադրման վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Գլուխ 3-ը: Մենք նաև փոխհատուցում ենք լիցենզավորված շտապօգնության ծառայությունները աշխարհի ցանկացած կետում՝ առանց նախնական թույլտվության (ներառյալ փոխադրումը՝ 911 շտապօգնության արձագանքման համակարգի միջոցով, որտեղ այն հասանելի է), եթե ողջամտորեն կարծում եք, որ ձեզ մոտ արտակարգ իրավիճակ է, և ձեր վիճակի համար պահանջվում է շտապօգնության տրանսպորտային սպասարկում:	$0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**պետք է յուրաքանչյուր պրոցեդուրայի համար **վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝** • South P1 – **$620** • South P6 – **$630** • South P7 – **$620** • South P9 – **$290** • South P10 – **$630** • South P11 – **$540** • North P2 – **$620** • North P16 – **$630** • North P17 – **$590** • North P18 – **$610** • North P19 – **$630** • North P20 – **$630** • North P21 – **$620** • North P22 – **$620** • North P23 – **$630** • North P24 – **$450** • North P25 – **$630**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Առողջության ստուգման ամենամյա այց Կարող եք ստանալ ամենամյա ստուգում: Սա արվում է՝ ձեր առողջության հետ կապված ռիսկի գործոնների հիման վրա պրոֆիլակտիկ պլան կազմելու կամ այն թարմացնելու համար: Մենք վճարում ենք դրա համար յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ: **Նշում.** ձեր առողջության ստուգման առաջին ամենամյա այցը չի կարող տեղի ունենալ ձեր «Բարի գալուստ Medicare» պրոֆիլակտիկ այցից հետո 12 ամսվա ընթացքում: Այնուամենայնիվ, պարտադիր չէ «Բարի գալուստ Medicare» այց ունենալ, որպեսզի փոխհատուցում ստանաք առողջության ստուգման ամենամյա այցերի համար՝ 12 ամսով Մաս B-ից օգտվելու իրավունք ստանալուց հետո: Մենք նաև փոխհատուցում ենք տարեկան կանոնավոր բուժզննումները, եթե դրանք բժշկական առումով համարվում են պրոֆիլակտիկ բուժօգնություն՝ ընդունված մասնագիտական չափանիշներին համապատասխան:	$0
	Ասթմայի կանխարգելման ծառայություններ Ձեզ կարող են տրամադրվել ասթմայի իրազեկման ծառայություններ և տնային միջավայրի գնահատում՝ ասթմայի հարուցիչների հայտնաբերման նպատակով վատ վերահսկվող ասթմա ունեցող մարդկանց տանը:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:
	Դենսիտոմետրիա Մենք վճարում ենք որոշ պրոցեդուրաների համար այն անդամներին, ովքեր համապատասխանում են ծառայությունը ստանալու չափանիշներին (սովորաբար ոսկրային զանգվածը կորցնելու կամ օստեոպորոզի ռիսկային խմբում գտնվող հիվանդներին): Այս պրոցեդուրաների միջոցով հնարավոր է բացահայտել ոսկրային զանգվածը, հայտնաբերել ոսկրային կորուստը կամ որոշել ոսկրի որակը: Մենք վճարում ենք ծառայությունների համար 24 ամիսը մեկ անգամ կամ ավելի հաճախ, եթե բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է: Մենք նաև վճարում ենք բժշկին, որպեսզի նա զննի և մեկնաբանի արդյունքները:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Կրծքի քաղցկեղի սքրինինգ (մամմոգրաֆիա) Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Մեկանգամյա բազային մամմոգրաֆիա 35-ից 39 տարեկանների համար: • 40 տարեկան և ավելի մեծ տարիքի կանայք յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ պետք է անցնեն մամմոգրաֆիա: • կրծքագեղձի կլինիկական հետազոտություն 24 ամիսը մեկ: Բացի այդ, արյունակիցների շրջանում կրծքագեղձի քաղցկեղի պատմություն ունեցող կանայք կարող են որակավորվել ռիսկի գնահատման, գենետիկական թեստավորման և գենետիկական խորհրդատվության համար:	$0
	Կարդիոռեաբիլիտացիայի ծառայություններ Մենք վճարում ենք կարդիոռեաբիլիտացիայի ծառայությունների համար, որոնք ներառում են վարժությունները, իրազեկումը և խորհրդատվությունը: Անդամները պետք է բավարարեն որոշակի պայմանների և բժշկից ուղեգիր ունենան: Մենք փոխհատուցում ենք այս համապարփակ ծրագրերը, եթե ունեցել եք այս հիվանդություններից գոնե մեկը՝ • ինֆարկտ վերջին 12 ամիսների ընթացքում • աորտակորոնար շունտավորման վիրահատություն • կայուն անգինա (կրծքային հեղձուկ) • սրտի փականների վերականգնում կամ փոխարինում • անգիոպլաստիկա (խցանված զարկերակը բացելու բժշկական միջամտություն) կամ ստենտավորում (զարկերակը բաց պահելու բժշկական միջամտություն) • սրտի կամ սրտի և թոքերի փոխպատվաստում • կայուն քրոնիկ սրտային անբավարարություն	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում** պետք է յուրաքանչյուր **մասնագիտական խնամքի համար** վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0**

Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Կարդիոռեաբիլիտացիայի ծառայություններ (շարունակություն) Փոխհատուցման սահմանափակումներ. Կարող եք ստանալ կարդիոռեաբիլիտացիայի առավելագույնը 36 սեանս: Կարող եք օրական երկու սեանս անցնել (յուրաքանչյուրը մեկ ժամ տևողությամբ), իսկ պլանը կտևի մինչև 36 շաբաթ: Ծրագրի համար որակավորված լինելու դեպքում կարող եք ևս 36 սեանս ստանալ, որ կընդգրկեն ավելի երկար ժամանակահատված:	• North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	Սրտանոթային հիվանդության ռիսկի կրճատման այց (սրտանոթային հիվանդության կանխարգելման թերապիա) Մենք վճարում ենք տարեկան մեկ այցի համար կամ ավելի, եթե դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է, ձեր ընտանեկան բժշկի (PCP) հետ միասին՝ սրտանոթային հիվանդության ռիսկը կրճատելու նպատակով: Այցի ընթացքում ձեր բժիշկը կարող է՝ • քննարկել ասպիրինի ընդունման արդյունավետությունը, • ստուգել ձեր արյան ճնշումը **և/կամ** • տալ ձեզ խորհուրդներ՝ համոզվելու, որ ճիշտ եք սնվում:	$0
	Սրտանոթային հիվանդության սքրինինգի թեստեր Հինգ տարին մեկ անգամ (60 ամիսը մեկ) մենք վճարում ենք արյան անալիզների համար, որպեսզի ստուգենք սրտանոթային հիվանդությունների առկայությունը: Արյան թեստի միջոցով բացահայտվում են նաև սրտանոթային հիվանդության բարձր ռիսկի պատճառով առաջացող արատները: Մենք նաև վճարում ենք արյան անալիզների համար՝ սրտանոթային հիվանդությունները ստուգելու համար, եթե ձեր բժիշկը դա նշանակի:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Արգանդի վզիկի և հեշտոցի քաղցկեղի սքրինինգ Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • բոլոր կանանց համար՝ Պապ թեստ և կոնքի հետազոտություն 24 ամիսը մեկ։ • այն կանանց համար, ովքեր արգանդի վզիկի և հեշտոցի քաղցկեղի բարձր ռիսկի տակ են. մեկ Պապ թեստ 12 ամիսը մեկ։ • վերարտադրողական տարիքի այն կանանց համար, ում վերջին երեք տարվա Պապ թեստը նորմայից շեղված է եղել՝ մեկ Պապ թեստ 12 ամիսը մեկ։ • 30-65 տարեկան կանանց համար՝ մարդու պապիլոմավիրուսի (human papillomavirus, HPV) թեստավորում կամ Պապ թեստի հետ զուգակցվող HPV թեստավորում 5 տարին մեկ։	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր։
	Մանուալ թերապիայի ծառայություններ Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • ողնաշարի ուղղում՝ կեցվածքի շտկման համար։ Այս Medicare-ի կողմից ապահովագրված ծառայությունը մատուցվում է ցանցի քիրոպրակտորի կամ, Հյուսիսային Կալիֆոռնիայի անդամների համար, ցանցի մատակարարի կողմից լիազորված քիրոպրակտորի կողմից: Ցանցի մանուալ թերապևտների ցանկը տեսնելու համար տեսեք *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*։ • Medi-Cal-ը կարող է փոխհատուցել քիրոպրակտիկ ծառայությունները, երբ դրանք ստացվում են Դաշնային որակավորված առողջության կենտրոնում (Federally Qualified Health Center, FQHC) կամ Գյուղական առողջության կլինիկաներում (Rural Health Clinics, RHC) Kaiser Permanente-ի ցանցում: FQHC-ները և RHC-ները կարող են պահանջել ուղեգիր՝ ծառայություններ ստանալու համար: FQHC-ներում կամ RHC-ներում հասանելի ծառայությունների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին։ **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Մանուալ թերապիայի ծառայություններ (շարունակություն) • Medi-Cal-ը կարող է նաև փոխհատուցել մանուալ թերապիայի ծառայությունները հղի անդամների համար՝ հղիության ավարտից հետո 60 օրվա ընթացքում, ինչպես նաև մասնագիտացված խնամքի հաստատության, միջանկյալ խնամքի հաստատության կամ ենթասուր խնամքի հաստատության բնակիչների համար: Մենք համագործակցում ենք American Specialty Health (ASH)-ի հետ՝ այս անդամների համար քիրոպրակտիկայի ծառայություններ կազմակերպելու համար: American Specialty Health-ի հետ կարող եք կապ հաստատել 1-800-678-9133 (TTY 711) հեռախոսահամարով:	
	Կոլոռեկտալ քաղցկեղի սքրինինգ Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Կոլոնոսկոպիան չունի նվազագույն կամ առավելագույն տարիքային սահմանափակում և փոխհատուցվում է 120 ամիսը (տասը տարի) մեկ անգամ՝ ոչ բարձր ռիսկային պացիենտների համար, կամ նախորդ ճկուն սիգմոիդոսկոպիայից 48 ամիս հետո՝ կոլոռեկտալ քաղցկեղի բարձր ռիսկի տակ չգտնվող պացիենտների համար, և 24 ամիսը մեկ՝ բարձր ռիսկի պացիենտների համար՝ նախորդ սքրինինգային կոլոնոսկոպիայից հետո: • 45 տարեկան և բարձր պացիենտների համար, որոնք չեն գտնվում հաստ աղիքի քաղցկեղի բարձր ռիսկի խմբում, համակարգչային շերտագրության կոլոնոգրաֆիան ապահովագրվում է, եթե վերջին սկրինինգային համակարգչային շերտագրության կոլոնոգրաֆիայի կատարման ամսվանից անցել է առնվազն 59 ամիս, կամ երբ վերջին սկրինինգային ճկուն սիգմոիդոսկոպիայի կամ սկրինինգային կոլոնոսկոպիայի կատարման ամսվանից անցել է 47 ամիս: Հաստ աղիքի քաղցկեղի բարձր ռիսկի խմբում գտնվող պացիենտների համար վճարում կարող է կատարվել սկրինինգային համակարգչային շերտագրության կոլոնոգրաֆիայի	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:

Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Կոլոռեկտալ քաղցկեղի սքրինինգ (շարունակություն) համար, որը կատարվել է վերջին սկրինինգային համակարգչային շերտագրության կոլոնոգրաֆիայի կամ վերջին սկրինինգային կոլոնոսկոպիայի կատարման ամսից առնվազն 23 ամիս անց: • Ճկուն սիգմոիդոսկոպիա 45 տարեկան և բարձր պացիենտների համար: Ամեն 120 ամիսը մեկ ոչ բարձր ռիսկային պացիենտների համար՝ սքրինինգային կոլոնոսկոպիայից հետո: 48 ամիսը մեկ՝ բարձր ռիսկային պացիենտների համար, վերջին ճկուն սիգմոիդոսկոպիայի կամ համակարգչային տոմոգրաֆիայի կոլոնոգրաֆիայից հետո: • 45 տարեկան և բարձր պացիենտների համար ֆեկալ-թաքնված արյան թեստերի սքրինինգ: 12 ամիսը մեկ: • Կղանքի բազմաթիրախային ԴՆԹ-թեստ 45-ից 85 տարեկան այն պացիենտների համար, որոնք չեն համապատասխանում բարձր ռիսկի չափանիշներին: Երեք տարին մեկ: • Արյան բիոմարկերների թեստեր 45-ից 85 տարեկան այն պացիենտների համար, ովքեր չեն համապատասխանում բարձր ռիսկային չափանիշներին: Երեք տարին մեկ: • Կոլոռեկտալ քաղցկեղի սքրինինգային թեստերը ներառում են հետագա սքրինինգային կոլոնոսկոպիա՝ Medicare-ով հատուցվող ոչ ինվազիվ կոլոռեկտալ քաղցկեղի կղանքային սքրինինգ թեստի դրական արդյունքից հետո: • Հաստ աղիքի քաղցկեղի սկրինինգային թեստերը ներառում են պլանավորված սկրինինգային ճկուն սիգմոիդոսկոպիա կամ սկրինինգային կոլոնոսկոպիա, որը ներառում է հյուսվածքի կամ այլ նյութի հեռացում կամ սկրինինգային թեստի հետ կապված, որպես արդյունք և նույն կլինիկական հանդիպման ընթացքում տրամադրված այլ ընթացակարգ: • Սքրինինգի կոլոնոսկոպիայի ընթացքում իրականացվող միջամտություններ (օրինակ՝ պոլիպների հեռացում): **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Կոլոռեկտալ քաղցկեղի սքրինինգ (շարունակություն) • Կոլոնոսկոպիա դրական gFOBT կամ FIT թեստից կամ ճկուն սիգմոիդոսկոպիայի սքրինինգից հետո:	
	Ատամնաբուժական ծառայություններ† Մենք վճարում ենք որոշ ատամնաբուժական ծառայությունների համար, ինչպես նշված է ստորև. Մեր կողմից չփոխհատուցվող ծառայությունները հասանելի են Medi-Cal Dental-ի միջոցով, ինչպես նշված է ստորև **Գլուխ F2** -ում: Մենք վճարում ենք որոշ ատամնաբուժական ծառայությունների համար, երբ ծառայությունը հանդիսանում է անձի առաջնային հիվանդության որոշակի բուժման անբաժանելի մասը: Օրինակ՝ ծնոտի վերականգնում՝ կոտրվածքից կամ վնասվածքից հետո, ատամների հեռացում՝ ծնոտի շրջանում քաղցկեղի ճառագայթային բուժմանը նախապատրաստվելու նպատակով, կամ բերանի խոռոչի զննումներ՝ օրգանի փոխպատվաստումից առաջ:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում** պետք է յուրաքանչյուր **մասնագիտացված խնամքի այցի** համար վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Դեպրեսիայի սքրինինգ Մենք վճարում ենք տարեկան մեկ դեպրեսիայի սքրինինգի համար: Սքրինինգը պետք է կատարվի առաջնային խնամքի հաստատությունում, որը կարող է տրամադրել հետբուժական խնամք և/կամ ուղեգրեր:	$0
	Շաքարային դիաբետի սքրինինգ Մենք վճարում ենք այս սքրինինգի համար (ներառյալ գլյուկոզայի մակարդակի չափման թեստեր), եթե ձեզ մոտ առկա է հետևյալ ռիսկային գործոններից որևէ մեկը՝ • արյան բարձր ճնշում (հիպերտոնիա) • խոլեստերինի և տրիգլիցերիդների ոչ նորմալ մակարդակների պատմություն (դիսլիպիդեմիա) • ճարպակալում • արյան մեջ շաքարի (գլյուկոզա) բարձր մակարդակի պատմություն Թեստերի համար հնարավոր է փոխհատուցում տրամադրվել որոշ այլ դեպքերում, օրինակ, եթե ունեք ավել քաշ և ունեք շաքարային դիաբետի ընտանեկան պատմություն: Դուք կարող եք մինչև երկու շաքարային դիաբետի զննում անցնելու իրավունք ունենալ՝ յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ՝ ձեր ամենավերջին շաքարային դիաբետի սքրինինգի օրվանից հետո:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:
	Շաքարային դիաբետի ինքնակասպասարկման դասընթաց, ծառայություններ և պարագաներ† Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար շաքարային դիաբետ ունեցող բոլոր անձանց համար (անկախ նրանից՝ նրանք օգտագործում են ինսուլին, թե ոչ)՝ • Արյան մեջ շաքարի մակարդակը վերահսկելու համար նախատեսված պարագաներ, այդ թվում՝ ○ արյան մեջ շաքարի վերահսկման մոնիտոր **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Շաքարային դիաբետի ինքնակասպասարկման դասընթաց, ծառայություններ և պարագաներ† (շարունակություն) ○ արյան մեջ շաքարի մակարդակը որոշող թեստի շերտեր ○ նշտարով սարքեր և նշտարներ ○ Շաքարի մակարդակի վերահսկման լուծութեր՝ ստուգելու թեստի շերտերի ճշգրտությունը, և մոնիտորներ:	
	• Շաքարային դիաբետով հիվանդ այն անձանց համար, ովքեր ունեն ոտնաթաթի դիաբետիկ խորը վերքեր, մենք վճարում ենք հետևյալի համար՝ ○ մեկ զույգ բուժական, անհատական չափսերով պատրաստված կոշիկ (ներառյալ ներդիրները)՝ համապատասխանեցմամբ, ինչպես նաև յուրաքանչյուր օրացուցային տարում երկու լրացուցիչ զույգ ներդիր, կամ մեկ զույգ խորացված կոշիկ՝ համապատասխանեցմամբ, և յուրաքանչյուր տարում երեք զույգ ներդիր (չհաշված այդ կոշիկների հետ տրամադրվող ոչ անհատականացված, հանվող ներդիրները):	$0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում** դուք վճարում եք հետևյալ **համասպահովագրությունը**՝ կախված պլանից, որի անդամ եք հանդիսանում՝ • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	• †Որոշ դեպքերում մենք վճարում ենք դասընթացի համար՝ օգնելու ձեզ կառավարել ձեր շաքարային դիաբետը: Մանրամասների համար կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման կենտրոնի հետ: **Նշում.** դուք կարող եք ստանալ շաքարային դիաբետի ինքնուրույն կառավարման դասընթաց մեր պլանից դուրս ծրագրով, որը ճանաչված է American Diabetes Association-ի կողմից և հաստատված է Medicare-ի կողմից:	$0
	Դուլայի ծառայություններ Հղիների համար մենք վճարում ենք դուլայի ինը այցի համար նախածննդյան և հետծննդյան շրջանում, ինչպես նաև ծննդաբերության ժամանակ աջակցության համար: Մինչև ինը լրացուցիչ հետծննդաբերական խնամք կարող է տրամադրվել նաև բժշկի կամ այլ լիցենզավորված մասնագետի լրացուցիչ գրավոր խորհրդատվության դեպքում:	$0
	Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME) և այլ պարագաներ «Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումների» (DME) սահմանումը կարող եք գտնել այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 12**-ում: Մենք փոխհատուցում ենք հետևյալը՝ • անվասայլակներ, այդ թվում՝ էլեկտրական • հենակներ • տաքացվող ներքնակներ • չոր ճնշադիմացկուն տակդիր՝ ներքնակի համար • շաքարային դիաբետի համար նախատեսված օժանդակ պարագաներ • մատակարարի կողմից պատվիրված հիվանդանոցային մահճակալներ՝ տնային օգտագործման համար • ներերակային (IV) ներարկման պոմպեր և ձող • խոսքի արտաբերումը խթանող սարքեր • թթվածնային սարք և օժանդակ պարագաներ **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**, դուք վճարում եք հետևյալ **համասպահովագրությունը**՝ կախված պլանից, որի անդամ եք հանդիսանում, բացառությամբ, $0 վճարի, որը վճարում եք ասթմայի չաթիչի և ուլտրամանուշակագույն լույսի թերապիայի սարքավորումների դիմաց՝ • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%**

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME) և այլ պարագաներ (շարունակություն) • ներբուլայզերներ • քայլակներ • ստանդարտ կոր բռնակով ձեռնափայտ կամ չորսհենականի ցուպ և փոխարինման պարագաներ • պարանոցի ձգման սարք (դռան օգնությամբ) • ոսկրերի խթանիչ • դիալիզի սարքավորում Այլ պարագաներ ևս կարող են փոխհատուցվել: Մենք վճարում ենք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ բոլոր DME-ների համար, որոնց համար սովորաբար վճարում են Medicare-ը և Medi-Cal-ը: Եթե ձեր տարածքում գտնվող մեր մատակարարի մոտ չկա սարքը կամ նա չունի տվյալ սարքը պատրաստող, կարող եք նրան հարցնել՝ կարո՞ղ է այն հատուկ պատվիրել ձեզ համար: Մատակարարների թարմացված ցանկը հասանելի է մեր կայքում՝ kp.org/directory: Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտության դեպքում ենք նաև փոխհատուցում ենք Medicare-ի կողմից չփոխհատուցվող հետևյալ DME-ները՝ • հիվանդանոցային մահճակալի համար նախատեսված պարագաներ, երբ պահանջվում է մեծացնել մահճակալը • կրունկների կամ արմունկների պաշտպանիչներ՝ կանխելու կամ նվազագույնի հասցնելու համար ճնշումը • իոնոֆորեզի սարք՝ հիպերհիդրոզը (գերքրտնարտադրությունը) բուժելու համար, երբ հակաքրտինքային միջոցները հակացուցված են, և հիպերհիդրոզն առաջացրել է առողջական բարդություններ (օրինակ՝ մաշկային վարակ) կամ խանգարում է ամենօրյա կենսագործունեությանը **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	• North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%** **Թթվածնային սարք** **Ձեր լիարժեք Medi-Cal փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող թթվածնային սարքի վճարի ձեր մասնաբաժինը ամեն անգամ սարքը ստանալիս նույնն է, ինչ նշված էր նախորդիվ: Վճարի ձեր մասնաբաժինը չի փոխվի 36 ամսով գրանցվելուց հետո:

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME) և այլ պարագաներ (շարունակություն) • Վերակենդանացման պարկ, եթե տրախեոստոմիայով հիվանդն ունի սեկրեցիայի կառավարման լուրջ խնդիրներ, վերակենդանացման պարկի օգնությամբ խորը շնչառության միջոցով ունի լվացման կամ կլման տեխնիկայի խնդիր • Ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներով բուժման սարք՝ փսորիազից բացի այլ հիվանդությունների համար՝ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտության դեպքում, այդ թվում՝ ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներով սարք՝ տնային պայմաններում օգտագործման համար, եթե (1) սարքը հաստատվել է ձեզ համար մեր պլանի նախնական թույլտվության գործընթացի ժամանակ, ինչպես նկարագրված է **Գլուխ 3** -ում, և (2) սարքը տրամադրվում է մեր սպասարկման տարածքում: (Ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներով սարքը, որի համար մենք փոխհատուցում ենք, պետք է լինի ձեր բժշկական կարիքները բավարարող ստանդարտ սարք: Մենք ենք որոշում, թե արդյոք վարձակալել, թե գնել սարքավորումները, և մենք ենք ընտրում վաճառողին: Դուք պետք է վերադարձնեք սարքավորումը կամ մեզ վճարեք արդար շուկայական գինը, երբ մենք այլևս չփոխհատուցենք այն):	
	Շտապ օգնության խնամք Շտապ օգնության խնամք են համարվում այն ծառայությունները, որոնք. • տրամադրվում են շտապ ծառայությունների մատուցման վերապատրաստում անցած մատակարարի կողմից, • անհրաժեշտ են բժշկական արտակարգ իրավիճակները գնահատելու կամ բուժելու համար: Բժշկական արտակարգ իրավիճակը հիվանդություն է, վնասվածք, ուժեղ ցավ կամ առողջական վիճակ, որն արագորեն վատթարանում է: Վիճակն այնքան լուրջ է, որ եթե անմիջապես բուժօգնություն չցուցաբերվի, առողջության և բժշկության մասին միջին գիտելիքներով որևէ մեկը կարող է ակնկալել, որ դա կարող է հանգեցնել՝ **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում** պետք է յուրաքանչյուր շտապօգնության այցի համար վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝ • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0**

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Շտապ օգնության խնամք (շարունակություն) • Ձեր կամ Ձեր չծնված երեխայի առողջության համար լուրջ բարդությունների, **կամ** • լուրջ վնասների մարմնական ֆունկցիաներին, **կամ** • մարմնի որևէ օրգանի լուրջ դիսֆունկցիայի, **կամ** • վերջույթի կամ վերջույթի ֆունկցիայի կորստի: • Ծննդաբերության ակտիվ փուլում գտնվող հղի կնոջ պարագայում, երբ՝ ○ Չկա բավարար ժամանակ մինչև ծննդաբերությունը Ձեզ մեկ այլ հիվանդանոց անվտանգ տեղափոխելու: ○ Մեկ այլ հիվանդանոց տեղափոխումը կարող է վտանգավոր լինել Ձեր և Ձեր չծնված երեխայի առողջության կամ անվտանգության համար: **Դուք ունեք ամբողջ աշխարհում գործող շտապ օգնության խնամքի ապահովագրական ծածկույթ:** **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	• South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** Ցանցից դուրս տրամադրվող անհրաժեշտ շտապ օգնության ծառայությունների համար ծախսերի բաշխումը նույնն է, ինչ ցանցում տրամադրվող նմանատիպ ծառայությունների համար: †Եթե ստանում եք շտապ օգնություն ցանցից դուրս հիվանդանոցում և Ձեր արտակարգ իրավիճակի կայունացումից հետո ստացիոնար խնամքի կարիք ունեք, ապա պետք է վերադառնաք ցանցի հիվանդանոց, որպեսզի Ձեր խնամքը շարունակի փոխհատուցվել, կամ պետք է Ձեր ստացիոնար խնամքն իրականացնեք այն արտացանցի հիվանդանոցում, որը լիազորված է մեր պլանով, և խնամքի համար վճարեք ծախսերի բաշխման

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Շտապ օգնության խնամք (շարունակություն)	սկզբունքով, ինչպես դա կանեիք ցանցի հիվանդանոցում:
	Ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ Օրենքը թույլ է տալիս ընտրել ցանկացած մատակարար՝ լինի դա ցանցի մատակարար, թե Medi-Cal արտացանցի մատակարար, ընտանիքի պլանավորման որոշակի ծառայությունների համար: Սա նշանակում է ցանկացած բժիշկ, կլինիկա, հիվանդանոց, դեղատուն կամ ընտանիքի պլանավորման գրասենյակ: Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • ընտանիքի պլանավորման քննություն և բուժում • ընտանիքի պլանավորման լաբորատորիա և ախտորոշիչ թեստեր • ընտանիքի պլանավորման մեթոդներ (IUC/IUD, իմպլանտներ, ներարկումներ, հակաբեղմնավորիչ հաբեր, ժապավեն կամ օղակ) • Ընտանիքի պլանավորման պարագաներ դեղատոմսով (պահպանակ, սպունգ, փրփուր, թաղանթ, դիֆրագմ, գլխարկ): • պտղաբերության սահմանափակ ծառայություններ, ինչպիսիք են՝ խորհրդատվությունը և կրթությունը պտղաբերության իրազեկման տեխնիկայի վերաբերյալ, և/կամ նախածննդյան առողջական խորհրդատվությունը, թեստավորումը և սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (sexually transmitted infection, STI) բուժումը: • ՄԻԱՎ-ի և ՁԻԱՀ-ի, և ՄԻԱՎ-ի հետ կապված այլ հիվանդությունների վերաբերյալ խորհրդատվություն և թեստավորում • մշտական հակաբեղմնավորում (ընտանիքի պլանավորման այս մեթոդն ընտրելու համար դուք պետք է լինեք 21 տարեկան կամ բարձր: Դուք պետք է ստորագրեք դաշնային ստերիլիզացման համաձայնության ձևը վիրահատության ամսաթվից առնվազն 30 օր, բայց ոչ ավելի, քան 180 օր առաջ)	$0
	Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում	

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ (շարունակություն) • գենետիկայի հարցերով խորհրդատվություն Մենք նաև վճարում ենք ընտանիքի պլանավորման որոշ ծառայությունների համար: Սակայն հետևյալ ծառայությունների համար դուք պետք է դիմեք մեր ցանցի բուժծառայություններ մատուցողին՝ • անպտղության խնդիրների բուժում (այս ծառայությունը չի ներառում հղիանալու արհեստական եղանակները) • ՁԻԱՀ-ի և ՄԻԱՎ-ի հետ կապված այլ հիվանդությունների բուժում • գենետիկ թեստավորում	
	Ֆիթնեսի նպաստ (One Pass®) One Pass ծրագրի միջոցով տրամադրվում է ֆիթնեսի նպաստ՝ անդամներին օգնելու վերահսկել իրենց առողջությունը և բարելավել ինքնազգացողությունը: One Pass պլանը ներառում է՝ • Մարզասրահներ և ֆիթնեսի կենտրոններ. դուք բազմաթիվ ցանցի մարզասրահների անդամակցություն եք ստանում՝ հիմնական և պրեմիում ցանցի միջոցով: Ֆիթնես վայրերը ներառում են ազգային, տեղական և համայնքային ֆիթնես կենտրոնները և բուտիկ ստուդիաները: Դուք կարող եք օգտագործել ցանկացած ներցանցի վայր, և կարող եք օգտագործել մի քանի մասնակցող ֆիթնես վայրեր նույն ամսվա ընթացքում: Ցանցում ներառված մարզասրահների ու ֆիթնես կենտրոնների ցանկը կարող է տարբերվել՝ կախված վայրից, և ենթակա է փոփոխման: • Առցանց ֆիթնես. դուք կարող եք օգտվել իրական ժամանակում անցկացվող, թվային ֆիթնեսի դասերից և պատվերով մարզումներից One Pass-ի անդամի կայքի կամ բջջային հավելվածի միջոցով: • Ֆիթնես և հասարակական առիթներ. դուք նաև հասանելիություն ունեք խմբերի, ակումբների և հասարակական իրադարձությունների One Pass անդամի կայքի միջոցով: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ֆիթնեսի նպաստ (One Pass®) (շարունակություն) • Տնային ֆիթնեսի կոմպլեկտներ. եթե ցանկանում եք մարզվել տանը, կարող եք օրացուցային տարվա համար ընտրել մեկ Տնային ֆիթնեսի պարագաների հավաքածու՝ Ուժի, Յոգայի կամ Պարի համար: Կոմպլեկտները ենթակա են փոփոխման և ընտրելուց հետո չեն կարող փոխանակվել: • Ուղեղի առողջություն. ուղեղի առողջության ճանաչողական ուսուցման առցանց ծրագրերի հասանելիություն: Ցանցում ներառված մարզասրահների և ֆիթնես կենտրոնների գտնվելու վայրի, ծրագրի նպաստների կամ ձեր առցանց հաշիվը բացելու մանրամասների համար այցելեք www.YourOnePass.com կայք կամ զանգահարեք 1-877-614-0618 (TTY 711) հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 6 a.m.-ից 7 p.m.: Հետևյալները չեն փոխհատուցվում. լրացուցիչ ծառայություններ (օրինակ՝ անհատական մարզումներ, վճարովի խմբային ֆիթնեսի դասեր, մուտքի ընդլայնված ժամեր կամ լրացուցիչ դասեր՝ անդամակցության ստանդարտ առաջարկից դուրս): One Pass®-ը One Pass Solutions, Inc. ընկերության գրանցված ապրանքանիշն է ԱՄՆ-ում և իրավասությանը ենթակա այլ տարածքներում և կամավոր հիմունքներով պլան է: One Pass պլանը և հարմարությունները տարբերվում են ըստ պլանի, տարածքի և գտնվելու վայրի: Այս ծրագրի շրջանակներում տրամադրված տեղեկությունները միայն ընդհանուր տեղեկատվական նպատակներով է և նախատեսված չէ որպես բժշկական խորհրդատվություն և չպետք է մեկնաբանվի որպես այդպիսին: One Pass-ը պատասխանատվություն չի կրում երրորդ անձանց կողմից տրամադրված ծառայությունների կամ տեղեկատվության համար: Անհատները պետք է խորհրդակցեն համապատասխան առողջապահական մասնագետի հետ՝ նախքան որևէ վարժությունների պլան սկսելը և/կամ որոշելը, թե ինչն է իրենց համապատասխան:	

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Առողջապահական և առողջության ստուգման կրթական ծրագրեր Մենք առաջարկում ենք մի շարք ծրագրեր, որոնք կենտրոնացած են կոնկրետ առողջական խնդիրների վրա: Այստեղ ներառված են՝ • առողջապահական կրթական դասընթացներ, • սնման վերաբերյալ կրթական դասընթացներ, • ծխելու և ծխախոտի օգտագործման դադարեցում, **և** • բուժքույրական խորհրդատվության թեժ գիծ Որպես Առողջ ապրելակերպի մեր ծրագրերի մաս՝ մեր պլանը փոխհատուցում է մի շարք խմբային առողջապահական կրթական դասընթացներ, այդ թվում՝ առողջ սիրտ, կյանքը քրոնիկ հիվանդություններով և դեպրեսիա: Առողջ ապրելակերպի ծրագրերը տրամադրվում են առողջապահության ոլորտի մանկավարժի կամ այլ որակավորված բուժմասնագետի կողմից: Մենք վճարում ենք առողջապահական կրթական մի շարք խորհրդատվական ծառայությունների, ծրագրերի և նյութերի համար, որոնք կօգնեն ձեզ ակտիվ դեր ունենալ ձեր առողջության պահպանման և բարելավման գործում, վճարում ենք այդ թվում քրոնիկ հիվանդություններին (օրինակ՝ շաքարախտի և ասթմայի) վերաբերող ծրագրերի համար: Դուք կարող եք նաև մասնակցել այնպիսի ծրագրերի, որոնք մեր ապահովագրական ծածկույթում ներառված չեն և որոնց համար պետք է վճարեք: Մեր առողջապահական կրթության խորհրդատվության, ծրագրերի և նյութերի վերաբերյալ մանրամասների համար կապ հաստատեք ձեր տեղական Առողջապահական կրթության վարչության հետ, զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին կամ այցելեք մեր կայք՝ kp.org/classes:	$0

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Լսողական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար նախատեսված ծառայություններ (այդ թվում՝ լսողական սարքեր) Մենք վճարում ենք ձեր մատակարարի կողմից իրականացվող լսողական և հավասարակշռության թեստերի համար: Այս թեստերի օգնությամբ որոշվում է՝ ձեզ անհրաժեշտ է բուժում, թե ոչ: Դրանք փոխհատուցվում են որպես ամբուլատոր խնամք, եթե տրամադրվում են բժշկի, աուդիոլոգի կամ այլ որակավորված մատակարարի կողմից:	$0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում** պետք է յուրաքանչյուր **մասնագիտական խնամքի համար** վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	Մենք նաև վճարում ենք լսողական սարքերի համար, եթե. • Հաստատվել է, որ դուք լսողության կորուստ ունեք: • Լսողական սարքերն անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից: • Ձեզ նշանակվել է դեղատոմս ձեր բժշկի կամ այլ որակավորված մատակարարի կողմից: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Լսողական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար նախատեսված ծառայություններ (այդ թվում՝ լսողական սարքեր) (շարունակություն) Ապահովագրությունը սահմանափակված է ձեր բժշկական կարիքները բավարարող ամենաէժան սարքով: Մենք կորոշենք, թե ով է ձեզ տրամադրելու լսողական սարքը: Մենք վճարում ենք ենք մեկ լսողական սարքի համար, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ մեկական լսողական սարք է անհրաժեշտ յուրաքանչյուր ականջի համար ավելի լավ արդյունքի հասնելու նպատակով: Մենք ապահովագրում ենք հետևյալը՝ • լսողական ապարատներ և պարագաներ • վերանորոգում • մարտկոցների սկզբնական խմբաքանակ • Լսողական սարքը ստանալուց հետո վեց այցելություն՝ նույն վաճառողի հետ վերապատրաստման, ճշգրտումների և տեղադրման համար • փորձնական վարձույթ և լսողական սարքեր • օժանդակ լսողական սարքեր, ոսկրային հաղորդիչ արտականջային լսողական սարքեր • լսողական սարքերի հետ կապված աուդիոլոգիա և գնահատմանը հաջորդող ծառայություններ Մենք վճարում ենք լսողական սարքերի փոխարինման համար, եթե. • Դուք այնպիսի լսողական խնդիր ունեք, որ ձեր ներկայիս լսողական սարքը չի կարող շտկել այն: • Ձեր լսողական սարքը կորել, գողացվել կամ խափանվել է (և հնարավոր չէ այն վերանորոգել), և դա ձեր մեղքով չի եղել: Դուք պետք է մեզ բացատրեք, թե ինչպես է դա պատահել: Փոխհատուցման մեջ չի մտնում լսողական սարքի մարտկոցների փոխարինումը:	

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	ՄԻԱՎ-ի սքրինինգ Մենք վճարում ենք ՄԻԱՎ-ի մեկ սքրինինգի համար 12 ամիսը մեկ նրանց համար, ովքեր. • դիմում են ՄԻԱՎ-ի սքրինինգի թեստ անցնելու համար **կամ** • գտնվում են ՄԻԱՎ-ով վարակվելու բարձր ռիսկի խմբում: Եթե դուք հղի եք, մենք կվճարենք մինչև երեք ՄԻԱՎ-ի սքրինինգային թեստերի համար հղիության ընթացքում: Մենք նաև վճարում ենք ՄԻԱՎ-ի լրացուցիչ սքրինինգների համար, եթե դա խորհուրդ է տվել ձեր մատակարարը:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:
	Տնային խնամքի գործակալության ծառայություններ Նախքան տնային պայմաններում առողջապահական ծառայություններ ստանալը, բժիշկը պետք է տեղեկացնի մեզ, որ դուք այդ ծառայությունների կարիքն ունեք, և դրանք պետք է տրամադրվեն տնային խնամքի գործակալության կողմից: Դուք պետք է տնակյաց լինեք, ինչը նշանակում է, որ տնից դուրս գալը պետք է մեծ ջանքեր պահանջի ձեզանից: Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար, և գուցե այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝ • կես դրույքով կամ ընդմիջվող մասնագիտացված բուժքույրական և տնային խնամքի աջակցության ծառայություններ (փոխհատուցվում են տնային խնամքի նպաստով, ձեր մասնագիտացված բուժքույրական և տնային խնամքի աջակցության ծառայությունները միասին չպետք է գերազանցեն օրական ութ և շաբաթական 35 ժամը): • ֆիզիոթերապիա, էրգոթերապիա և խոսքային թերապիա • բժշկական և սոցիալական ծառայություններ • բժշկական սարքավորումներ և պարագաներ:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: **Նշում.** Medicare-ի ուղեցույցներին համապատասխան տնային խնամքի ծառայությունների և ապրանքների համար ծախսերի բաշխում չկա: Այնուամենայնիվ, սույն Նպաստների աղյուսակում նշված ծախսերի բաշխումը կիրառվում է, եթե ապրանքը փոխհատուցվում է այլ նպաստի ծածկույթով, օրինակ՝ տնային խնամքի գործակալության կողմից չտրամադրված երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումները:

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Տնային ինֆուզիոն թերապիա† Մեր պլանը վճարում է տնային ինֆուզիոն թերապիայի համար, որի ժամանակ դեղամիջոցները կամ կենսաբանական նյութերը ներարկվում են երակի մեջ կամ մաշկի տակ, և այդ ամենն արվում է ձեր տան պայմաններում: Տնային ինֆուզիոն թերապիա իրականացնելու համար անհրաժեշտ է՝ • համապատասխան դեղը կամ կենսաբանական նյութը, օրինակ՝ հակավիրուսային կամ իմունոգլոբուլին, • սարքեր, օրինակ՝ պոմպ, **և** • պարագաներ, օրինակ՝ խողովակ կամ կաթետեր: Մեր պլանը փոխհատուցում է տնային ինֆուզիոն ծառայությունները, որոնք ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալներով՝ • մասնագիտական ծառայություններ, ներառյալ՝ բուժքույրական ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են համաձայն ձեր խնամքի պլանի, • DME-ների նպաստում դեռևս չընդգրկված անդամների վերապատրաստում և ուսուցում, • հեռավար վերահսկում, **և** • տնային ինֆուզիոն թերապիայի և տնային ինֆուզիոն թերապիայի որակավորված մատակարարի կողմից տրամադրվող ինֆուզիոն դեղամիջոցների վերահսկման ծառայություններ	$0 մասնագիտացված ծառայությունների, վերապատրաստման և վերահսկման համար: **Նշում.** տնային պայմաններում ինֆուզիա իրականացնելու համար անհրաժեշտ բաղադրիչները (օրինակ՝ Medicare Մաս B դեղամիջոցները, DME և բժշկական պարագաները)՝ կախված ապրանքի տեսակից՝ կարող են ենթակա լինել կիրառելի ծախսերի բաշխմանը՝ նշված Նպաստների աղյուսակում:
	Մենք փոխհատուցում ենք տնային ինֆուզիայի պարագաները և դեղամիջոցները, եթե ստորև նշվածներից բոլորը ճիշտ են. • Ձեր դեղատոմսով բաց թողնվող դեղը նշված է Medicare Մաս D դեղամիջոցների ցանկում, • Մենք հաստատել ենք ձեր դեղատոմսային դեղը տնային պայմաններում ինֆուզիայի համար, և • Ձեր դեղը նշանակվել է ցանցի մատակարարի կողմից և դուրս է գրվել տնային պայմաններում ինֆուզիայի համար դեղամիջոցներ տրամադրող ցանցի դեղատան կողմից: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 **Նշում.** եթե տնային պայմաններում ինֆուզիայի համար նախատեսված փոխհատուցվող պարագան կամ դեղը դուրս չի գրվել տնային պայմաններում ինֆուզիայի համար դեղամիջոցներ տրամադրող ցանցի դեղատան կողմից, պարագան կամ դեղը կարող

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Տնային ինֆուզիոն թերապիա† (շարունակություն)	են ենթակա լինել կիրառելի ծախսերի բաշխմանը՝ նշված այս փաստաթղթի մեկ այլ մասում՝ կախված ծառայության տեսակից:
	Տնային խնամքը չի փոխհատուցվում Medicare-ի կողմից North P16, P17, P19 և P23-ի անդամների համար (Advanced Care at Home) Մենք ծածկում ենք ձեր տան պայմաններում ապահովվող այն բժշկական օգնությունը, որը այլ կերպ չի ապահովագրվում Medicare-ի կողմից, երբ բժիշկը դա բժշկական տեսանկյունից նպատակահարմար է համարում ձեր առողջական վիճակից ելնելով, որպեսզի ձեզ տրամադրենք հիվանդանոցում ծանր խնամք ստանալու և տանը ծանր բուժումից հետո խնամքի ծառայություններ ստանալու այլընտրանք՝ ձեր ապաքինմանը նպաստելու համար: Տան պայմաններում տրամադրվող ծառայությունները պետք է լինեն. • Նշանակված ցանցի հիվանդանոցային բժիշկի կողմից, որը, հաշվի առնելով ձեր առողջական վիճակը, բուժման պլանը և տան պայմանները, որոշել է, որ դուք կարող եք տանը ստանալ բուժում՝ անվտանգ և արդյունավետ կերպով: • Ընտրված ձեր կողմից, քանի որ նախընտրում եք ձեր բուժման պլանում նշված խնամքը ստանալ տանը: Մեր ցանցի մատակարարը ձեր տանը կտրամադրի հետևյալ ծառայություններն ու անհրաժեշտ պարագաները՝ ձեր բուժման ծրագրին համապատասխան, այնքան ժամանակ, որքան դրանք նշանակված կլինեն ցանցի հիվանդանոցային բժշկի կողմից՝ • Տնային այցելություններ՝ գրանցված բուժքույրերի (RN), ֆիզիկական թերապևտների, աշխատանքային թերապևտների, խոսքի թերապևտների, շնչառական թերապևտների, սննդաբանի, տնային առողջապահական խնամքի օգնականների և այլ բուժաշխատողների կողմից՝ տնային խնամքի բուժման ծրագրին, ինչպես նաև տվյալ բուժծառայություն մատուցողի մասնագիտական գործունեության շրջանակին և լիցենզիային համապատասխան: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: **North P16, P17, P19 և P23՝** $0 **Չի փոխհատուցվում մնացած բոլոր անդամների համար:**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Տնային խնամքը չի փոխհատուցվում Medicare-ի կողմից North P16, P17, P19 և P23-ի անդամների համար (Advanced Care at Home) (շարունակություն) • Հաղորդակցման սարքերը, որոնք թույլ կտան կապ հաստատել Advanced Care at Home-ի կառավարման կենտրոնի հետ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Սա ներառում է անհրաժեշտ հաղորդակցման տեխնոլոգիաները՝ հուսալի կապ ապահովելու համար, ինչպես նաև PERS ազդանշանային սարք, որի միջոցով կարող եք կապ հաստատել կառավարման կենտրոնի հետ, եթե հեռախոսի հասանելիություն չունեք: • Հետևյալ սարքավորումները, որոնք անհրաժեշտ են տանը ձեր առողջական վիճակը պատշաճ կերպով վերահսկելու համար՝ արյան ճնշման չափման սարք, թևքածալ/մոնիտոր, պուլսօքսիմետր, կշեռք և ջերմաչափ: • Շարժական բժշկական պատկերային հետազոտություններ և թեստեր, ինչպիսիք են ռենտգեն հետազոտությունը, լաբորատոր անալիզները և ԷԿԳ-ն (էլեկտրասրտագրությունը): • Հետևյալ անվտանգության պարագաները՝ ցնցուղի համար նախատեսված նստատեղ, բարձրացվող զուգարանի նստատեղ, իրեր վերցնելու երկար բռնակով գործիք, երկար բռնակով կոշիկ հագնելու հարմարանք և գուլպա հագնելու օժանդակ սարք: • Շաբաթական առավելագույնը 21-անգամյա սնունդ տանը անհետաձգելի խնամք ստանալու ընթացքում:	
	Բացի այդ, ստորև նշված Medicare-ի կողմից ծածկվող ծառայությունների և պարագաների համար այս Բժշկական նպաստների աղյուսակի այլ հատվածներում նշված ծախսերի բաշխումը չի կիրառվում, երբ այդ ծառայություններն ու պարագաները նշանակվում են որպես ձեր տնային բուժման ծրագրի մաս: • Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ: • Բժշկական պարագաներ: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	**North P16, P17, P19 և P23՝** $0 **Չի փոխհատուցվում մնացած բոլոր անդամների համար:**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Տնային խնամքը չի փոխհատուցվում Medicare-ի կողմից North P16, P17, P19 և P23-ի անդամների համար (Advanced Care at Home) (շարունակություն) • Շտապօգնության մեքենայով ոչ շտապ փոխադրում ցանցի բուժհաստատություններ և հետ, երբ նախապես պլանավորված շտապօգնության մեքենայով փոխադրումը բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է: • Բժշկի օգնականի և բուժքրոջ տնային այցելություններ կամ այցեր բժշկի գրասենյակ: • Հետևյալ ծառայությունները ցանցի բուժհաստատությունում, եթե այդ ծառայությունները ձեր տնային բուժման ծրագրի մաս են կազմում՝ ○ Այս նպաստի հետ կապված այցեր ցանցի Շտապ օգնության բաժանմունք: ○ Ֆիզիկական թերապիայի, խոսքի թերապիայի կամ աշխատանքային թերապիայի այցեր մասնագետի գրասենյակ: ○ Ռենտգեն հետազոտություններ, լաբորատոր անալիզներ, ուլտրաձայնային հետազոտություններ և ԷԿԳ-ներ (էլեկտրասրտագրություններ): Այս Բժշկական Նպաստների աղյուսակի այլ հատվածներում նշված ծախսերի բաշխումը կկիրառվի բոլոր այն ծառայությունների և պարագաների նկատմամբ, որոնք չեն հանդիսանում ձեր տնային բուժման ծրագրի մաս (օրինակ՝ ձեր տնային բուժման ծրագրի հետ կապ չունեցող DME-ն), կամ որոնք ձեր տնային բուժման ծրագրի մաս են կազմում, սակայն չեն տրամադրվում ձեր տանը՝ բացառությամբ վերը նշված դեպքերի: **Նշում.** դեղատոմսով նշանակված դեղամիջոցների համար նախատեսված ծախսերի բաշխման վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս այս աղյուսակում Medicare Մաս B-ի դեղատոմսով դեղամիջոցների բաժինը, իսկ Medicare Մաս D-ի դեղատոմսով նշանակված դեղամիջոցների վերաբերյալտեղեկությունների համար տե՛ս Գլուխ 6-ը:	

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Հոսպիսային խնամք Դուք իրավունք ունեք ընտրելու հոսպիսային խնամք, եթե ձեր բուժառայություններ մատուցողը և հոսպիսի տնօրենը որոշեն, որ դուք անբուժելի հիվանդ եք: Դա նշանակում է, որ դուք ունեք անբուժելի հիվանդություն և ենթադրվում է, որ ձեզ մնացել է ապրելու վեց ամիս կամ ավելի քիչ ժամանակ: Դուք կարող եք խնամք ստանալ Medicare-ի կողմից հավաստագրված ցանկացած հոսպիսային ծրագրով: Մեր պլանը պետք է օգնի ձեզ գտնել Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսպիսային ծրագրեր պլանի սպասարկման տարածքում, ներառյալ այն ծրագրերը, որոնք սեփականատերն ենք հանդիսանում, կառավարում ենք կամ որոնցում շահույթ ունենք: Ձեր հոսպիսի բժիշկը կարող է լինել ինչպես ցանցի, այնպես էլ ցանցից դուրս բուժծառայություններ մատուցող: Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են՝ • հիվանդության ախտանիշները և ցավը մեղմացնող դեղամիջոցներ • կարճաժամկետ խնամք • տնային խնամք Երբ ձեզ ընդունում են հոսպիս, դուք իրավունք ունեք մնալ մեր ծրագրում: **Հոսպիսային ծառայությունների ու ձեր անբուժելի հիվանդության կանխատեսմանը վերաբերող ծառայությունների գումարը, որոնք փոխհատուցվում են Medicare Մաս A-ի կամ Medicare Մաս B-ի շրջանակներում, վճարվում է Medicare-ին:** • Original Medicare-ը (ոչ թե մեր պլանը) կվճարի ձեր հոսպիսային ծառայությունների մատակարարին՝ ձեր հոսպիսային ծառայությունների և ցանկացած Ձեր անբուժելի հիվանդությանը վերաբերող Մաս A և Մաս B: • Մինչ դուք գտնվում եք հոսպիսային ծրագրում, ձեր հոսպիսային մատակարարը կներկայացնի հաշիվ Original Medicare-ին Original Medicare-ի կողմից վճարվող ծառայությունների համար	$0

Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Հոսպիսային խնամք (շարունակություն) **Ծառայություններ, որոնք փոխհատուցվում են մեր պլանի կողմից, բայց ոչ Medicare-ի Մաս A-ով կամ Մաս B-ով՝** • Մեր պլանը փոխհատուցում է այնպիսի ծառայությունների համար, որոնք չեն հատուցվում Medicare-ի Մաս A-ով կամ B-ով: Մենք փոխհատուցում ենք այդ ծառայությունների համար՝ անկախ նրանից, թե դրանք կապված են ձեր անբուժելի հիվանդության կանխատեսման հետ, թե ոչ: Այդ ծառայությունների համար դուք վճարում եք մեր պլանով նախատեսված գումարի ձեր մասնաբաժինը: Այն դեղամիջոցների համար, որոնք կարող են փոխհատուցվել մեր պլանի Medicare Մաս D-ի **նպաստով.** • Դեղամիջոցները երբեք չեն փոխհատուցվում միաժամանակ թե՛ հոսպիսի, և թե՛ մեր պլանի կողմից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 5-ը** **Նշում.** եթե դուք ունեք լուրջ հիվանդություն, դուք կարող եք իրավասու լինել պալիատիվ խնամքի համար, որը տրամադրում է հիվանդների և ընտանիքի վրա հիմնված թիմային խնամք՝ բարելավելու ձեր կյանքի որակը: Պալիատիվ խնամքը կարող եք ստանալ բուժման/կանոնավոր խնամքի հետ միասին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ընթերցեք «Պալիատիվ խնամք» բաժինը ստորև **Նշում.** եթե ձեզ անհրաժեշտ է ոչ հոսպիսային խնամք, զանգահարեք ձեր խնամքի համակարգողին և/կամ Անդամների ծառայությունների բաժին՝ ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ հոսպիսային խնամքն այն խնամքն է, որը կապված չէ ձեր անբուժելի հիվանդության կանխատեսման հետ: Մեր պլանը փոխհատուցում է հոսպիսային խնամքի վերաբերյալ խորհրդատվական ծառայությունների համար (միայն մեկ անգամ) անբուժելի հիվանդ անդամի համար, ով չի ընտրել հոսպիսային խնամքի նպաստը:	

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Պատվաստումներ Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • թոքաբորբի դեմ պատվաստում • գրիպի դեմ պատվաստումներ մեկ անգամ գրիպի յուրաքանչյուր սեզոնին՝ աշնանը և ձմռանը, բժշկական անհրաժեշտության դեպքում կատարում ենք գրիպի դեմ լրացուցիչ պատվաստումներ • հեպատիտ B-ի դեմ պատվաստանյութերը, եթե դուք երբեք չեք ստացել պատվաստումների ամբողջական շարքը, չգիտեք ձեր պատվաստումների պատմությունը, կամ ունեք որևէ այլ վիճակ, որը ձեզ բարձր կամ միջին ռիսկի տակ է դնում հեպատիտ B-ով վարակվելու համար • COVID-19-ի դեմ պատվաստումներ • մարդու պապիլոմայի հարուցիչների (HPV) պատվաստում • այլ պատվաստումներ, եթե դուք ռիսկային խմբում եք, և պատվաստանյութը համապատասխանում է Medicare-ի Մաս B-ի փոխհատուցման պահանջներին: Մենք վճարում ենք այլ պատվաստանյութերի համար, որոնք համապատասխանում են Medicare Մաս B-ի փոխհատուցման պահանջներին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 6**-ը:	$0
	Ստացիոնար հիվանդանոցային խնամք Մենք վճարում ենք այս և բժշկական տեսանկյունից այլ անհրաժեշտ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝ • կիսամասնավոր սենյակ (կամ առանձին սենյակ, եթե այն անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից) • սնունդ, ներառյալ՝ հատուկ սննդակարգ • կանոնավոր բուժքույրական ծառայություններ **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**պետք է վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը հիվանդանոցում մնալու առաջին 5 օրերից յուրաքանչյուրի համար (ծախսերի բաշխումը վերաբերում է ստացիոնար

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Ստացիոնար հիվանդանոցային խնամք (շարունակություն) • հատուկ խնամքի կենտրոնների, օրինակ՝ ինտենսիվ խնամքի կամ սրտային անբավարարության թերապիայի բաժանմունքի ծախսերը • դեղամիջոցներ և դեղամիջոցներ • լաբորատոր հետազոտություններ • ռենտգեն և ճառագայթաբանական այլ ծառայություններ • անհրաժեշտ վիրաբուժական և բժշկական պարագաներ • հարմարանքներ, օրինակ՝ անվասայլակներ • վիրահատական և վերականգնողական ծառայություններ • ֆիզիոթերապիա, էրգոթերապիա և խոսքային թերապիա • թմրամիջոցների չարաշահման ստացիոնար բուժման ծառայություններ • (†Հյուսիսային Կալիֆոռնիայի անդամներ) որոշ դեպքերում՝ փոխպատվաստումների հետևյալ տեսակները՝ եղջերաթաղանթի, երիկամի, երիկամի/ենթաստամոքսային գեղձի, սրտի, լյարդի, թոքերի, սրտի/թոքերի, ոսկրածուծի, ցողունային բջիջների և աղիքային/բազմաօրգանային: Հյուսիսային Կալիֆոռնիայի անդամները պետք մեր պլանից հաստատում ստանան այս ծառայություններից օգտվելու համար: • Եթե փոխպատվաստման կարիք ունեք, Medicare-ի կողմից հաստատված փոխպատվաստման կենտրոնը կստուգի ձեր գործը և կորոշի՝ արդյո՞ք ձեզ իսկապես անհրաժեշտ է փոխպատվաստում: Փոխպատվաստման ծառայություններ կարող են մատուցել տեղի կամ սպասարկման տարածքից դուրս գտնվող բուժծառայություններ մատուցողները: Եթե տեղի փոխպատվաստման ծառայություններ մատուցողները համաձայն են Medicare-ի սակագներին, դուք կարող եք ստանալ ձեր փոխպատվաստման ծառայությունները տեղի կամ ձեր համայնքից դուրս գտնվող բուժծառայություններ մատուցողներից:	բուժման յուրաքանչյուր օրվան)՝ • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$120** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460** Այնուհետև դուք վճարում եք $0 ձեր ապահովագրված հիվանդանոցային մնալու մնացած ժամանակահատվածի համար: Բացի այդ, դուք չեք վճարում վերը նշված համավճարը դուրս գրվելու օրվա համար, եթե չեք ընդունվել և դուրս գրվել նույն օրը: †Եթե ձեր արտակարգ վիճակի կայունացումից հետո դուք ստանում եք լիազորված ստացիոնար բուժում ցանցից դուրս գտնվող հիվանդանոցում, ձեր ծախսը կլինի գումարի այն մասնաբաժինը, որը դուք
Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում	

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ստացիոնար հիվանդանոցային խնամք (շարունակություն) • Եթե մեր պլանը փոխհատուցում է մեր համայնքի բուժսպասարկման տարածքից դուրս փոխպատվաստման ծառայությունների համար, և դուք նախընտրում եք փոխպատվաստումն այնտեղ կատարել, մենք կազմակերպում կամ վճարում ենք ձեր և ևս մեկ անձի կեցության և ճանապարհորդական ծախսերը՝ համաձայն մեր ճանապարհորդության և կացարանի ուղեցույցի, որը կարող եք պահանջել Անդամների սպասարկման կենտրոն: • արյուն, այդ թվում՝ դրա պահպանումը և ներարկումը: • բժշկի ծառայություններ **Նշում.** ստացիոնար հիվանդ լինելու համար ձեր բուժծառայության մատակարարը պետք է հրաման գրի ձեզ պաշտոնապես որպես հիվանդանոցի ստացիոնար հիվանդ ընդունելու համար: Նույնիսկ, եթե գիշերը մնաք հիվանդանոցում, դուք դեռ կարող եք համարվել «ամբուլատոր հիվանդ»: Եթե վստահ չեք՝ համարվում եք ամբուլատոր հիվանդ, թե ոչ, կարող եք հարցնել հիվանդանոցի անձնակազմին: Կարող եք նաև լրացուցիչ տեղեկություններ գտնել Medicare-ի տեղեկատվական թերթիկում, որը կոչվում է «Are you a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (Արդյո՞ք դուք ստացիոնար, թե ամբուլատոր հիվանդ եք: Եթե ունեք Medicare, հարցրե՛ք): Այս տեղեկատվական թերթիկը ստանալու համար կարող եք այցելել es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf կայքը կամ զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Այս համարներով կարող եք զանգահարել անվճար՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:	կվճարեիք ցանցի հիվանդանոցում: **Նշում.** եթե դուք ընդունվել եք հիվանդանոց 2027 թվականին և դուրս եք գրվել միայն 2028 թվականի որոշ ժամանակով, 2027 թվականի ծախսերի համօգտագործումը կկիրառվի այդ ընդունման համար մինչև ձեր դուրսգրումը հիվանդանոցից կամ որակավորված խնամքի կենտրոն տեղափոխվելը:

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Հոգեբուժական հիվանդանոցում ստացիոնար բուժման ծառայություններ Մենք վճարում ենք հոգեկան առողջության պահպանման այն ծառայությունների համար, որոնց համար պահանջվում է հիվանդանոցային կեցություն: • Եթե դուք 65 տարեկան եք կամ ավել, մենք կվճարենք Հոգեկան հիվանդությունների ինստիտուտում (Institute for Mental Diseases IMD) ձեր ստացած ծառայությունների համար: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**պետք է վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը հիվանդանոցում մնալու առաջին 5 օրերից յուրաքանչյուրի համար (ծախսերի բաշխումը վերաբերում է ստացիոնար բուժման յուրաքանչյուր օրվան)՝ • South P1 – **$400** • South P6 – **$400** • South P7 – **$400** • South P9 – **$0** • South P10 – **$400** • South P11 – **$120** • North P2 – **$400** • North P16 – **$400** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$400** • North P20 – **$400** • North P21 – **$400** • North P22 – **$400** • North P23 – **$400** • North P24 – **$400** • North P25 – **$400** Այնուհետև դուք վճարում եք **$0** ձեր ապահովագրված հիվանդանոցային մնալու մնացած ժամանակահատվածի համար: Բացի այդ, դուք չեք վճարում վերը նշված համավճարը դուրս գրվելու օրվա համար, եթե դուք չեք ընդունվել և դուրս գրվել նույն օրը:

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Հոգեբուժական հիվանդանոցում ստացիոնար բուժման ծառայություններ (շարունակություն)	**Նշում.** եթե դուք ընդունվել եք հիվանդանոց 2027 թվականին և դուրս եք գրվել միայն 2028 թվականի որոշ ժամանակով, 2027 թվականի ծախսերի համօգտագործումը կկիրառվի այդ ընդունման համար մինչև ձեր դուրսգրումը հիվանդանոցից կամ որակավորված խնամքի կենտրոն տեղափոխվելը:
	Ստացիոնար. փոխհատուցվող ծառայություններ հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված խնամքի կենտրոնում (SNF) չփոխհատուցվող ստացիոնար բուժման կեցության ընթացքում† Մենք չենք վճարում ստացիոնար բուժման ընթացքում ձեր կեցության համար, եթե դա ողջամիտ չէ և անհրաժեշտ չէ բժշկական տեսանկյունից: Այնուամենայնիվ, որոշակի դեպքերում, երբ ստացիոնար բուժումը չի ապահովագրվում, մենք կարող ենք վճարել այն ծառայությունների համար, որոնք դուք ստանում եք հիվանդանոցում կամ բուժքույրական հաստատությունում գտնվելու ընթացքում: Մանրամասների համար կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման կենտրոնի հետ: Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար, և գուցե այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝ • բժշկի ծառայություններ • ախտորոշիչ հետազոտություններ, օրինակ՝ լաբորատոր հետազոտություններ • ռենտգեն, ռադիումային և իզոտոպային թերապիա, այդ թվում՝ տեխնիկական նյութերի և ծառայությունների համար • վիրաբուժական վիրակապեր • բեկակալներ, գիպս և այլ պարագաներ, որոնք օգտագործվում են կոտրվածքների և ճաքերի դեպքում **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: Եթե ձեր ստացիոնար կամ SNF-ի շրջանակներում մնալը այլևս չի ծածկված է, մենք կշարունակենք ապահովագրել Medicare Մաս B-ի ծառայությունները այս Նպաստների աղյուսակի այլուր նշված համապատասխան ծախսերի համաբաշխմամբ, երբ դրանք տրամադրվում են ցանցի մատակարարների կողմից:

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ստացիոնար բուժում. փոխհատուցվող ծառայություններ հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված խնամքի կենտրոնում (SNF) չփոխհատուցվող ստացիոնար բուժման կացության (շարունակություն) • պրոթեզավորման և օրթոպեդիկ սարքերի համար, բացառությամբ ատամնաբուժական սարքերի, ինչպես նաև դրանց փոխարինման կամ վերանորոգման համար Սարքեր, որոնք ամբողջությամբ կամ մասամբ փոխարինում են՝ ○ ներքին օրգան (այդ թվում՝ հարակից հյուսվածք), **կամ** ○ մարմնի անգործունակ կամ խնդիրներ ունեցող ներքին օրգանի ֆունկցիան • ոտքերի, ձեռքերի, մեջքի և պարանոցի բրեկետները, բանդաժները և արհեստական ոտքերը, ձեռքերը և աչքերը: Դրա մեջ մտնում են կարգավորման, վերականգման և փոխարինման աշխատանքները, որոնց անհրաժեշտությունը ծագում է՝ սարքի կոտրվելու, մաշվածության, կորստի կամ առողջական խնդրի փոփոխության պատճառով • ֆիզիոթերապիա, խոսքային թերապիա և արտադրական թերապիա	
	Երիկամային հիվանդությունների բուժման ծառայություններ և պարագաներ Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Երիկամային հիվանդության վերաբերյալ կրթական ծառայություններ՝ երիկամների խնամքը սովորեցնելու և օգնելու համար, որպեսզի ձեր խնամքի հետ կապված ճիշտ որոշումներ կայացնեք: • Ինքնադիալիզի դասընթացներ, ներառյալ՝ դասընթացներ ձեր և բոլոր նրանց համար, ովքեր օգնում են ձեզ տնային պայմաններում դիալիզ անել: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Երիկամային հիվանդությունների բուժման ծառայություններ և պարագաներ (շարունակություն) • Տնային աջակցության որոշ ծառայություններ, օրինակ՝ դիալիզի գծով վերապատրաստված աշխատողների կողմից անհրաժեշտ այցելություններ՝ ձեր տնային դիալիզի ընթացքը ստուգելու, արտակարգ իրավիճակներում օգնելու և ձեր դիալիզի սարքավորումներն ու ջրամատակարարումը ստուգելու համար: • Տնային դիալիզի սարքավորումներ և պարագաներ:	
	• Ամբուլատոր դիալիզի բուժումներ, ներառյալ դիալիզի բուժումները, երբ դուք ժամանակավորապես գտնվում եք սպասարկման տարածքից դուրս, ինչպես բացատրվում է այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 3**-ում, կամ երբ այս ծառայությունը մատուցող ձեր մատակարարը ժամանակավորապես անհասանելի է կամ նրա հետ կապ հաստատել հնարավոր չէ:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: **Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**պետք է վճարեք **20% համատեղ ապահովագրություն**:
	• Դիալիզի ստացիոնար բուժում, եթե հատուկ ստացիոնար խնամքի համար ընդունվել եք հիվանդանոց:	Հիվանդանոցում մնալու ընթացքում ստացած ծառայությունների համար ոչ մի հավելավճար չի գանձվում: Ստացիոնար բուժման համար կիրառելի ծախսերի բաշխմանը ծանոթացեք այս Նպաստների աղյուսակի «Ստացիոնար հիվանդանոցային խնամք» բաժնում:
	Medicare-ի Մաս B-ն վճարում է դիալիզի որոշ դեղամիջոցների համար: Տեղեկությունների համար ծանոթացեք այս աղյուսակի «Medicare Մաս B-ի դեղամիջոցներ» բաժինը:	

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Թոքերի քաղցկեղի սքրինինգ՝ ցածր դոզայով համակարգչային տոմոգրաֆիայի (low dose computed tomography, LDCT) միջոցով Մեր պլանը վճարում է թոքերի քաղցկեղի սքրինինգի համար 12 ամիսը մեկ, եթե դուք. • 50-80 տարեկան եք, **և** • խորհրդատվական և համատեղ որոշումներ կայացնելու նպատակով այցելում եք ձեր բժշկին կամ այլ որակավորված մատակարարի, **և** • 20 տարի շարունակ օրական ծխել եք առնվազն 20 տուփ՝ առանց թոքի քաղցկեղի նշանների կամ ախտանիշների, կամ ծխում եք հիմա կամ թողել եք ծխելը վերջին 15 տարվա ընթացքում: Առաջին սքրինինգից հետո մեր պլանը յուրաքանչյուր տարի վճարում է հերթական սքրինինգի համար՝ ձեր բժշկի կամ այլ որակավորված մատակարարի գրավոր ցուցումով: Եթե մատակարարը որոշում է թոքերի քաղցկեղի սքրինինգի խորհրդատվություն և համատեղ որոշումների կայացման այց տրամադրել թոքերի քաղցկեղի սքրինինգի համար, այցը պետք է համապատասխանի նման այցելությունների Medicare չափանիշներին:	$0
	Բժշկական սննդային թերապիա Այս նպաստը շաքարային դիաբետով կամ երիկամային հիվանդությամբ հիվանդների համար է: Սա նաև առաջարկվում է երիկամի փոխպատվաստումից հետո, երբ ցուցված է ձեր բժշկի կողմից: Մենք վճարում ենք երեք ժամ անհատական խորհրդատվական ծառայությունների համար՝ Medicare-ի պլանով սննդային թերապիայի ծառայություններ ստանալու առաջին տարվա ընթացքում: Հնարավոր է՝ մենք հաստատենք լրացուցիչ ծառայություններ, եթե դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ լինի: Դրանից հետո ամեն տարի մենք կվճարենք 2 ժամ անհատական խորհրդատվական ծառայությունների համար: Եթե ձեր վիճակը, բուժումը կամ ախտորոշումը փոխվի, դուք կարող եք ավելի շատ բուժման ժամեր **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Բժշկական սննդային թերապիա (շարունակություն) ստանալ՝ բժշկի ցուցման համաձայն: Բժիշկը պետք է նշանակի այս ծառայությունները և ամեն տարի թարմացնի ցուցումը, եթե բուժումը ձեզ անհրաժեշտ է հաջորդ օրացուցային տարվա ընթացքում: Հնարավոր է՝ մենք հաստատենք լրացուցիչ ծառայություններ, եթե դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ լինի: Մենք նաև փոխհատուցում ենք սնուցման/սննդակարգի վերաբերյալ ցանցի մատակարարի մոտ խորհրդատվության համար, որը կապ չունի շաքարային դիաբետի կամ երիկամային հիվանդության հետ առանց դիալիզի:	
	Medicare շաքարային դիաբետի կանխարգելման պլան (MDPP) Մեր պլանը փոխհատուցում է Medicare շաքարային դիաբետի կանխարգելման ծրագրի (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) ծառայությունները իրավասու մարդկանց համար: MDPP պլանը նախատեսված է ձեր առողջ կենսակերպը վերականգնելու համար: Այն գործնական ուսուցում է առաջարկում՝ • սննդակարգում երկարատև փոփոխություններ մտցնելու, **և** • ֆիզիկական ակտիվության բարձրացման, **ինչպես նաև** • քաշի կորստի և առողջ ապրելակերպի պահպանման ուղղությամբ:	$0
	Medicare Մաս B-ի դեղամիջոցներ† Այս դեղամիջոցները փոխհատուցվում են Medicare Մաս B-ի շրջանակներում: Մեր պլանը վճարում է հետևյալ դեղամիջոցների համար՝ • դեղամիջոցները, որոնք սովորաբար ինքներդ չեք ընդունում, այլ ձեզ ներարկում են, երբ օգտվում եք բժշկի, պոլիկլինիկայի կամ ամբուլատոր վիրաբուժության կենտրոնի ծառայություններից **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 **Մաս B-ի կիրառվող դեղամիջոցներ** **Medi-Cal-ի ձեր լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**, երբ անհրաժեշտ է բժշկական անձնակազմի կողմից դեղի ընդունման ընթացակարգը կամ ձեր վիճակի զննումը, և դեղերը ձեզ տրվում են ցանցի մատակարարի կողմից, ապա Medicare Մաս B-ի դեղերի

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Medicare Մաս B-ի դեղամիջոցներ† (շարունակություն) • ինսուլին, որը տրամադրվում է երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումների միջոցով (օրինակ՝ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ինսուլինային պոմպը) • այլ դեղամիջոցներ, որոնք ընդունում եք երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումների (օրինակ՝ ներշնչակներ) օգտագործման ժամանակ, որոնք թույլատրված են մեր պլանի շրջանակներում • Ալցհեյմերի հիվանդության դեմ Leqembi® դեղամիջոցը (գեներիկ lecanemab), որը ներարկվում է ներերակային (IV) եղանակով: Դեղորայքի արժեքից բացի՝ բուժումից առաջ և/կամ բուժման ընթացքում ձեզ կարող են անհրաժեշտ լինել լրացուցիչ սկանավորումներ և հետազոտություններ: Ձեր բժշկի հետ քննարկեք, թե բուժման ընթացքում ինչ հետազոտությունների և սկանավորումների կարիք կարող է ունենալ: • Հեմոֆիլիայի դեպքում մակարդման գործոնները, որոնք ինքներդ ձեզ եք ներարկում: • փոխպատվաստում/իմունոսուպրեսիվ դեղամիջոցներ. Medicare-ը փոխհատուցում է փոխպատվաստման դեղամիջոցների թերապիան, եթե Medicare-ը վճարել է ձեր օրգանի փոխպատվաստման համար: Դուք պետք է ունենաք Մաս A փոխհատուցվող փոխպատվաստման պահին, և պետք է ունենաք Մաս B իմունոսուպրեսիվ դեղամիջոցներ ստանալու պահին: Medicare Մաս D-ն ընդգրկում է իմունոսուպրեսիվ դեղամիջոցները, եթե Մաս B-ն դրանք չի փոխհատուցում • օստեոպորոզի դեղամիջոցներ, որոնք ձեզ ներարկվում են: Մենք վճարում ենք այս դեղամիջոցների համար, եթե տնակյաց եք և ունեք բժշկի կողմից հաստատված հետմենոպաուզալ օստեոպորոզի հետ կապված ոսկորների կոտրվածք և չեք կարող ինքներդ ձեզ ներարկել դեղը • որոշ անտիգեններ. Medicare-ը ծածկում է անտիգենները, եթե բժիշկը պատրաստում է դրանք, և պատշաճ հրահանգավորված անձը (ով կարող է լինել դուք՝ հիվանդը) դրանք տալիս է համապատասխան հսկողության ներքո **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	համար դուք վճարում եք ստորև նշված ձեր համապատասխան պլանի **համատեղ ապահովագրությունը՝** • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%-0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%** • North P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%** Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ պարզելու, թե որ դեղամիջոցներն են տրամադրվում **20%** համատեղ ապահովագրությամբ: Որոշ դեղերի դեպքում համատեղ ապահովագրությունը կարող է **20%** -ից պակաս լինել, եթե որոշվի, որ այդ դեղերի գինը գերազանցում է գնաճի չափը:

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Medicare Մաս B-ի դեղամիջոցներ† (շարունակություն) • որոշ բերանային ընդունման հակաքաղցկեղային դեղամիջոցներ. Medicare-ը ծածկում է բերանով ընդունման քաղցկեղի որոշ դեղամիջոցներ, որոնք դուք ընդունում եք բերանով, եթե նույն դեղամիջոցը հասանելի է ներարկային ձևով կամ դեղը նախադեղ է (դեղամիջոցի բերանով ձև, որը, երբ ընդունվում է, քայքայվում է նույն ակտիվ բաղադրիչի, որը գտնվում է ներարկվող դեղամիջոցում: Քանի որ բերանային ընդունման քաղցկեղի նոր դեղամիջոցները հասանելի են դառնում, Մաս B-ն կարող է ծածկել դրանք: Եթե Մաս B-ն չի ընդգրկում դրանք, Մաս D-ն փոխհատուցում է դրանք • բերանային ընդունման հակասրտխառնոցային դեղամիջոցներ. Medicare-ը ծածկում է օրալ ընդունման հակասրտխառնոցային դեղամիջոցները, որոնք դուք օգտագործում եք որպես հակաքաղցկեղային քիմիաթերապևտիկ ռեժիմի մաս, եթե դրանք կիրառվում են քիմիաթերապիայից առաջ կամ 48 ժամվա ընթացքում կամ օգտագործվում են որպես ներերակային հակասրտխառնոցային դեղամիջոցի ամբողջական թերապևտիկ փոխարինում • Medicare Մաս B-ի շրջանակներում փոխհատուցվող բերանային ընդունման որոշ դեղամիջոցներ վերջին ստադիայի երիկամային հիվանդության (ESRD)վ համար • ESRD վճարային համակարգի շրջանակներում կալցիումիմետիկ և ֆոսֆատ կապող դեղամիջոցներ՝ ներառյալ ներերակային Parsabiv® դեղամիջոցը և բանավոր Sensipar դեղամիջոցը • որոշ դեղամիջոցներ տնային դիալիզի համար, ներառյալ հեպարինը, հեպարինի հակաթույնը (եթե բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է) և տեղային անզգայացնող միջոցներ • էրիթրոպոեզի խթանիչներ. Medicare-ը ծածկում է էրիթրոպոետինը ներարկման միջոցով, եթե ունեք ESRD կամ ձեզ անհրաժեշտ է այս դեղամիջոցը որոշ այլ պայմանների հետ կապված անեմիայի բուժման համար (օրինակ՝ Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® կամ Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	**Մաս B-ի դեղամիջոցներ ցանցի դեղատնից** Ցանցի դեղատնից ձեռք բերելու դեպքում մեր դեղատոմսային ցանկում գտնվող Մաս B դեղամիջոցների համար դուք վճարում եք հետևյալը՝ • **$0** տնային ինֆուզիայի դեղամիջոցների համար (մինչև 100 օրվա պաշար) և Epogen տնային դիալիզի համար (մինչև 30 օրվա պաշար): • **$0** մնացած բոլոր գեներիկ և օրիգինալ դեղամիջոցների համար (միչև 30 օրվա պաշար):

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Medicare Մաս B-ի դեղամիջոցներ† (շարունակություն) • IV իմունոգլոբուլին՝ առաջնային իմունային անբավարարության հիվանդությունների տնային բուժման համար: • պարենտերալ և էնտերալ սնուցում (IV և խողովակային սնուցում) Մենք նաև փոխհատուցում ենք որոշ պատվաստանյութեր՝ մեր Medicare Մաս B-ի ներքո և մեծահասակների պատվաստանյութերի մեծ մասը՝ մեր Medicare Մաս D-ի դեղամիջոցների նպաստի ներքո: Այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 5 -ը** ներկայացնում է մեր դեղամիջոցների նպաստը: Այնտեղ նշված են նաև կանոնները, որոնց պետք է հետևել՝ դեղատոմսային դեղամիջոցների փոխհատուցում ստանալու համար: Այս *Անդամի ձեռնարկի* Գլուխ 5-ը ներկայացնում է, թե ձեր դեղամիջոցների համար ինչ վճարումներ եք կատարում մեր պլանի միջոցով:	
	Բուժքույրական հաստատության խնամք Բուժքույրական հաստատությունը (NF) այն վայրն է, որը խնամք է տրամադրում այն մարդկանց, ովքեր չեն կարող տանը խնամք ստանալ, որոնք սակայն հիվանդանոցում գտնվելու կարիք չունեն: Ծառայությունները, որոնց համար վճարում ենք, ներառում են, սակայն չեն սահմանափակվում հետևյալով՝ • կիսամասնավոր սենյակ (կամ առանձին սենյակ, եթե այն անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից) • սնունդ, ներառյալ՝ հատուկ սննդակարգ • բուժույրական ծառայություններ • ֆիզիոթերապիա, էրգոթերապիա և խոսքային թերապիա • շնչառության թերապիա • ձեզ տրված դեղամիջոցները որպես ձեր խնամքի ծրագրի մաս: (Սա ներառում է այնպիսի նյութեր, որոնք բնականոն առկա են մարմնում, ինչպիսիք են՝ արյան մակարդման գործոնները): **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Բուժքույրական հաստատության խնամք (շարունակություն) • արյուն, այդ թվում՝ դրա պահպանումը և ներարկումը։ • բուժքույրական հաստատությունների կողմից տրամադրվող բժշկական և վիրաբուժական պարագաներ • լաբորատոր հետազոտություններ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են բուժքույրական հաստատությունների կողմից • բուժքույրական հաստատությունների կողմից սովորաբար տրամադրվող ռենտգեն և ճառագայթաբանական այլ ծառայություններ • սարքավորումներ, օրինակ՝ անվասայլակներ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են բուժքույրական հաստատությունների կողմից • բժշկի/մասնագետի ծառայություններ • երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ • ատամնաբուժական ծառայություններ, ներառյալ ատամների պրոթեզավորում • տեսողության նպաստներ • լսողության ստուգում • խիրոպրակտիկ ծառայություններ • օրթոպեդիկ ծառայություններ Դուք սովորաբար պետք է ձեր խնամքը ստանաք ցանցի հաստատություններում։ Սակայն, դուք կարող եք խնամք ստանալ նաև մեր ցանցում չներառված հաստատությունում։ Դուք կարող եք խնամք ստանալ հետևյալ վայրերում, եթե վերջիններս ընդունում են մեր պլանի վճարման պայմանները՝ • բուժքույրական հաստատություն կամ երկարատև խնամքի ծառայություններ համայնքի բնակիչների համար, որտեղ ապրել եք նախքան հիվանդանոց տեղափոխվելը (որը դեռ տրամադրում է բուժքրոջ ծառայություն)	

Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Բուժքույրական հաստատության խնամք (շարունակություն) • խնամքի կենտրոն, որտեղ ձեր ամուսինը կամ զուգընկերը ապրում է հիվանդանոցից ձեր դուրս գրվելու պահին	
	Ճարպակալության սքրինինգ և թերապիա՝ քաշի կարգավորման համար Եթե ձեր մարմնի զանգվածի ինդեքսը 30 կամ ավելի է, մենք կվճարենք խորհրդատվության համար, որը կօգնի ձեզ նիհարել: Դուք պետք է խորհրդատվություն ստանաք առաջնային խնամքի հաստատությունում: Խնդիրը կարելի է կառավարել կանխարգելման ամբողջական պլանով: Մանրամասների համար դիմեք ձեր հիմնական բուժող բժշկին:	$0
	Օփիոիդային բուժման ծրագրի (OTP) ծառայություններ Մեր պլանը վճարում է օփիոիդային օգտագործման խանգարման (opioid use disorder, OUD) բուժման հետևյալ ծառայությունների համար՝ օփիոիդային բուժման ծրագրի (opioid treatment disorder, OTP) միջոցով, որը ներառում է հետևյալ ծառայությունները՝ • դեղամիջոցներ, որոնք հաստատվել են Սննդի և դեղամիջոցների վերահսկման վարչության (FDA) կողմից և, անհրաժեշտության դեպքում, կառավարել և տրամադրել ձեզ այդ դեղամիջոցները • խորհրդատվություն թմրամիջոցների օգտագործման դեպքում • անհատական և խմբակային թերապիա • ձեր օրգանիզմում թմրամիջոցների կամ քիմիական նյութերի առկայության ստուգում (թունաբանական հետազոտություն) • դեղի ընդունման ազդեցության վերահսկում • պարբերական գնահատումներ **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում** Օփիոիդային բուժման ծրագրի կողմից տրամադրվող, բժշկական անձնակազմի կողմից կիրառվող Medicare Մաս B-ի դեղերի համար պետք է վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված **համատեղ ապահովագրությունը**՝ • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Օփիոիդային բուժման ծրագրի (OTP) ծառայություններ (շարունակություն)	• North P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%** Որոշ դեղերի դեպքում համատեղ ապահովագրությունը կարող է **20%** -ից պակաս լինել, եթե որոշվի, որ այդ դեղերի գինը գերազանցում է գնաճի չափը:
	Ամբուլատոր ախտորոշիչ թեստեր և թերապևտիկ ծառայություններ ու պարագաներ Մենք վճարում ենք այս և բժշկական տեսանկյունից այլ անհրաժեշտ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝ • ռենտգեն • Ուլտրաձայնային պատկերում **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում** պետք է յուրաքանչյուր պրոցեդուրայի համար **վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ամբուլատոր ախտորոշիչ թեստեր և թերապևտիկ ծառայություններ ու պարագաներ (շարունակություն)	• North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0**
	• լաբորատոր հետազոտություններ • արյուն, այդ թվում՝ դրա պահպանումը և ներարկումը։ • ճառագայթային (ռադիումային և իզոտոպային) թերապիա, ներառյալ՝ տեխնիկական նյութեր և պարագաներ • էվիրաբուժական պարագաներ, օրինակ՝ վիրակապեր • էբեկակալներ, գիպս և այլ պարագաներ, որոնք օգտագործվում են կոտրվածքների և ճաքերի դեպքում	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր։
	• ախտորոշիչ ոչ լաբորատոր հետազոտություններ, ինչպիսիք են համակարգչային տոմոգրաֆիան, ՄՌՏ-ն, ԷՍԳ-ն և ՊԷՏ-սկանավորումը, երբ ձեր բժիշկը կամ այլ առողջապահական մասնագետ նշանակել է նրանց բուժման համար որևէ բժշկական վիճակ **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր։ **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում** պետք է վճարեք հետևյալը Մագնիսական ռեզոնանսային պատկերման (ՄՌՇ), համակարգչային տոմոգրաֆիայի (ՀՏ) և պոզիտրոնային էմիսիոն տոմոգրաֆիայի (ՊԷՏ) յուրաքանչյուր պրոցեդուրայի համար՝ կախված ձեր պլանից՝ • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ամբուլատոր ախտորոշիչ թեստեր և թերապևտիկ ծառայություններ ու պարագաներ (շարունակություն)	• South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375** • North P17 – **$375** • North P18 – **$375** • North P19 – **$375** • North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375** • North P24 – **$365** • North P25 – **$375**
	• Ցանկացած ախտորոշիչ անալիզ կամ հատուկ պրոցեդուրա, որը տրամադրվում է հիվանդանոցի կամ ամբուլատոր վիրաբուժության կենտրոնի ամբուլատոր բաժանմունքում կամ հիվանդանոցի վիրահատարանում, կամ եթե այն տրամադրվում է որևէ հաստատությունում, և լիցենզավորված անձնակազմը վերահսկում է ձեր կենսական նշանները, երբ դուք վերականգնում եք զգացողությունը դեղամիջոցները ստանալուց հետո՝ զգացողությունը նվազեցնելու կամ անհանգստությունը նվազագույնի հասցնելու համար **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**պետք է յուրաքանչյուր պրոցեդուրայի համար վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝ • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ամբուլատոր ախտորոշիչ թեստեր և թերապևտիկ ծառայություններ ու պարագաներ (շարունակություն)	• North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	• այլ ամբուլատոր ախտորոշիչ հետազոտություններ	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:
	Ամբուլատոր հիվանդանոցային զննում Մենք վճարում ենք ամբուլատոր հիվանդանոցային զննման ծառայությունների համար՝ որոշելու համար, թե արդյոք դուք պետք է ընդունվեք որպես ստացիոնար բուժում, թե կարող եք դուրս գրվել: Ծառայությունները պետք է համապատասխանեն Medicare-ի չափանիշներին և համարվեն ողջամիտ ու անհրաժեշտ: Զննման ծառայությունները ապահովագրվում են միայն այն դեպքում, երբ դրանք մատուցվում են բժշկի կամ նահանգային օրենքով և հիվանդանոցի անձնակազմի կանոնադրությամբ պացիենտներին հիվանդանոց ընդունելու կամ ամբուլատոր հետազոտություններ պատվիրելու լիազորված այլ անձի նշանակմամբ: **Նշում.** մինչև մատակարարը գրավոր ցուցում չտա՝ ձեզ որպես ստացիոնար հիվանդ հիվանդանոց ընդունելու համար, դուք համարվում եք ամբուլատոր հիվանդ և վճարում եք ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայությունների ծախսերի ձեր մասնաբաժինը: Նույնիսկ, եթե գիշերը մնաք հիվանդանոցում, դուք դեռ կարող եք համարվել ամբուլատոր հիվանդ: Եթե համոզված չեք, որ ամբուլատոր հիվանդ եք, հարցրեք հիվանդանոցի անձնակազմին:	$0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում** ամբուլատոր հիվանդանոցային դիտարկման նպատակով հիվանդանոց ընդունվելու յուրաքանչյուր կացության համար պետք է վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝ • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115**

Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ամբուլատոր հիվանդանոցային դիտարկում (շարունակություն) Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք այցելել Medicare-ի *Medicare հիվանդանոցային նպաստներ* տեղեկատվական թերթիկ, որը հասանելի է այստեղ՝ Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	• North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** **Նշում.** շտապ օգնության բաժանմունքից կամ ամբուլատոր վիրահատությունից հետո դիտարկման համար տեղափոխվող ամբուլատոր հսկողության համար լրացուցիչ վճար չկա։
	Ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ Մենք վճարում ենք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ծառայությունների համար, որոնք ստանում եք հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքում՝ այնպիսի հիվանդության կամ վնասվածքի ախտորոշման կամ բուժման համար, ինչպիսիք են՝ • Ծառայություններ շտապ օգնության բաժանմունքում կամ ամբուլատոր կլինիկայում, ինչպիսիք են ամբուլատոր վիրաբուժությունը կամ բուժզննման ծառայությունները **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	**Շտապ օգնության բաժանմունք** $0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում** պետք է յուրաքանչյուր այցի համար **վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝** • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ (շարունակություն) **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	• North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** **Ամբուլատոր վիրահատություն** $0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**պետք է յուրաքանչյուր պրոցեդուրայի համար վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝ • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • South P20 – **$450** • North P21 – **$480** • South P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • South P25 – **$460**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ (շարունակություն) • Լաբորատոր և ախտորոշիչ հետազոտություններ, որոնց վճարման հաշիվը ներկայացնում է հիվանդանոցը: • Հոգեկան առողջության խնամք, այդ թվում՝ մասնակի հոսպիտալացման ծրագրով խնամք, եթե բժիշկը հավաստում է, որ առանց դրա՝ ստացիոնար բուժման անհրաժեշտություն կծագի: • †Բժշկական պարագաներ, օրինակ՝ բեկակալներ և գիպս	Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: $0
	• Որոշ դեղամիջոցներ, որոնք ինքուրույն չեք կարող ընդունել **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 **Medi-Cal-ի ձեր լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**, երբ անհրաժեշտ է բժշկական անձնակազմի կողմից դեղի ընդունման ընթացակարգը կամ ձեր վիճակի զննումը, և դեղերը ձեզ տրվում են ցանցի մատակարարի կողմից, ապա Medicare Մաս B-ի դեղերի համար դուք վճարում եք ստորև նշված ձեր համապատասխան պլանի **համատեղ ապահովագրությունը**՝ • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%** • North P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ (շարունակություն)	• North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%** Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ պարզելու, թե որ դեղամիջոցներն են տրամադրվում **20%** համատեղ ապահովագրությամբ: Որոշ դեղերի դեպքում համատեղ ապահովագրությունը կարող է **20%** -ից պակաս լինել, եթե որոշվի, որ այդ դեղերի գինը գերազանցում է գնաճի չափը:
	• Ռենտգեն և ճառագայթաբանական այլ ծառայություններ, որոնց համար վճարում է հիվանդանոցը **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: **Ռենտգեն և ուլտրաձայնային հետազոտություններ** $0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**պետք է յուրաքանչյուր պրոցեդուրայի համար **վճարեք** ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ (շարունակություն) **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	• South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0** **Մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիա (MRI), համակարգչային տոմոգրաֆիա (CT) և պոզիտրոնային էմիսիոն տոմոգրաֆիա (PET)** $0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**պետք է յուրաքանչյուր պրոցեդուրայի համարվճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝ • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50** • South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375** • North P17 – **$375** • North P18 – **$375** • North P19 – **$375**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ (շարունակություն)	• North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375** • North P24 – **$365** • North P25 – **$375**
	• †Ցանցի հաստատությունում ատամնաբուժական գործողությունների համար մենք տրամադրում ենք ընդհանուր անզգայացում և անզգայացման հետ կապված հաստատության կողմից մատուցվող ծառայություններ, եթե առկա են հետևյալ պայմանները՝ ○ Դուք ունեք զարգացման խանգարում կամ թույլ առողջական վիճակում եք ○ Ձեր կլինիկական վիճակը կամ հիմնական հիվանդությունը պահանջում է, որպեսզի ատամնաբուժական գործողությունը կատարվի հիվանդանոցում կամ ամբուլատոր վիրաբուժության կենտրոնում ○ Ատամնաբուժական միջամտությունը սովորաբար ընդհանուր անզգայացում չի պահանջի Մենք չենք ապահովագրում ատամնաբուժական միջամտությանը վերաբերող որևէ այլ ծառայություն, ինչպիսիք են ատամնաբույժի ծառայությունները, եթե այդ ծառայությունները չեն փոխհատուցվում Medi-Cal Dental-ի կողմից (տես «Ատամնաբուժական ծառայություններ» այս Նպաստների աղյուսակում)։	$0 **Ձեր լիարժեք Medi-Cal փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**տե՛ս այս բաժնի սկզբում ներկայացված «Ամբուլատոր վիրաբուժություն» ենթաբաժինը՝ իմանալու ավելին ամբուլատոր հիվանդանոցային հաստատությունների գանձումների համար կիրառելի ծախսերի բաշխումների մասին:
	Հոգեկան առողջության ամբուլատոր խնամք Մեր վճարում ենք հոգեկան առողջության ծառայությունների համար, որոնք տրամադրվում են հետևյալ մասնագետների կողմից՝ • նահանգային արտոնագրված հոգեբույժ կամ բժիշկ • կլինիկական հոգեբան • կլինիկական սոցիալական աշխատող (CSW) • կլինիկական բուժքույր (CNS)	$0

Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Հոգեկան առողջության ամբուլատոր խնամք (շարունակություն) • լիցենզավորված մասնագիտացված խորհրդատու (LPC) • ամուսնության և ընտանիքի լիցենզավորված թերապևտ (LMFT) • բուժքույր (NP) • բժշկի օգնական (PA) • Medicare-ի կողմից որակավորված հոգեկան առողջության խնամքի ցանկացած այլ մասնագետ՝ եթե թույլատրվում է գործող նահանգային օրենքներով: Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար, և գուցե այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝ • կլինիկական ծառայություններ • ցերեկային խնամք • հոգեսոցիալական վերականգնման ծառայություններ • մասնակի հոսպիտալացում կամ ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման ծրագրեր • անհատական և խմբակային հոգեկան առողջության գնահատում և բուժում • հոգեբանական թեստավորում, եթե դա կլինիկայի կողմից ցուցված է՝ հոգեկան առողջության վիճակը գնահատելու համար • դեղորայքային բուժման վերահսկման նպատակով ամբուլատոր ծառայություններ • պոլիկլինիկայի լաբորատորիա, դեղամիջոցներ, պարագաներ և հավելումներ • հոգեբուժական խորհրդատվություն	

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Ամբուլատոր վերականգնողական ծառայություններ† Մենք վճարում ենք ֆիզիոթերապիայի, էրգոթերապիայի և խոսքային թերապիայի համար: Դուք կարող եք ստանալ ամբուլատոր վերականգնողական ծառայություններ հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքում, անկախ թերապևտների կլինիկաներում, համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատություններում (CORF) և այլ հիմնարկներում: Մենք նաև ապահովագրում ենք՝ • Ձեր բժշկի ցուցումով՝ անկման կանխարգելման ֆիզիոթերապիա տարեցների համար, ում վայր ընկնելու ռիսկը մեծ է:	$0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում** պետք է յուրաքանչյուր այցի համար վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝ **Անհատական թերապիայի այցեր** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$35** • North P25 – **$0** **Խմբակային թերապիայի այցեր** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$10** • South P9 – **$0** • South P10 – **$10** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0**
Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում	

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ամբուլատոր վերականգնողական ծառայություններ† (շարունակություն)	• North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$17** • North P25 – **$0**
	• Ֆիզիկական, օկուպացիոն և խոսքային թերապիա, որոնք տրամադրվում են կազմակերպված, բազմամասնագիտական վերականգնողական ցերեկային բուժման ծրագրով:	$0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**պետք է յուրաքանչյուր օրվա համարվճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$35** • North P25 – **$0**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Թմրամիջոցների օգտագործման խանգարման բուժման ամբուլատոր ծառայություններ Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար, և գուցե այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝ • ալկոհոլի չարաշահման սքրինինգ և խորհրդատվություն • թմրամիջոցների չարաշահման բուժում • խմբակային կամ անհատական խորհրդատվություն որակավորված կլինիցիստի հետ • ենթասուր թունազերծում կախվածության բուժման ռեզիդենցիոն ծրագրի շրջանակներում • ալկոհոլի և/կամ թմրանյութերի բուժծառայություններ ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման կենտրոնում • նալտրեքսոնով (վիվիտրոլ) երկարատև բուժում	$0
	Ամբուլատոր վիրահատություն Մենք վճարում ենք ամբամբուլատոր վիրահատության և ծառայությունների համար հիվանդանոցային ամբուլատոր հաստատություններում և ամբուլատոր վիրահատական կենտրոններում: **Նշում.** եթե վիրահատվում եք հիվանդանոցային հաստատությունում, պետք է հարցնեք ձեր մատակարարին՝ արդյոք դուք ստացիոնար, թե ամբուլատոր հիվանդ եք լինելու: Եթե մատակարարը հրաման չի գրում ձեզ որպես ստացիոնար հիվանդ հիվանդանոց ընդունելու համար, դուք ամբուլատոր հիվանդ եք: Նույնիսկ եթե գիշերը մնաք հիվանդանոցում, դուք դեռ կարող եք համարվել ամբուլատոր հիվանդ: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	**Բուժծառայության մատակարարի գրասենյակ այցելություններ** $0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**պետք է յուրաքանչյուր **մասնագիտացված խնամքի այցի** համար վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ամբուլատոր վիրահատություն (շարունակություն) **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	• North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0** **Ամբուլատոր վիրահատություններ և այլ ամբուլատոր ընթացակարգեր** $0 **Եթե կորցնեք ամբողջական ծածկույթով Medi-Cal-ի ապահովագրությունը**, ապա յուրաքանչյուր միջամտության համար վճարում եք ստորև նշված գումարը՝ կախված այն ծրագրից, որում գրանցված եք, երբ միջամտությունը կատարվում է ամբուլատոր կամ արտահիվանդանոցային վիրաբուժական կենտրոնում, կամ հիվանդանոցի վիրահատարանում, կամ ցանկացած այլ վայրում, և լիցենզավորված աշխատակիցը վերահսկում է ձեր կենսական ցուցանիշները, մինչ վերականգնում եք զգացողությունը՝ զգացողությունը նվազեցնող կամ անհարմարությունը մեղմացնող դեղեր ստանալուց հետո՝ • South P1 – **$400** • South P6 – **$420**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ամբուլատոր վիրահատություն (շարունակություն)	• South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	Առանց դեղատոմսի վաճառվող (OTC) դեղամիջոցներ Դուք կստանաք նախապես լիցքավորված Healthy Extras քարտ, որի աջ կողմում նշված կլինի եռամսյակային նպաստի սահմանաչափը: Այդ քարտով կարող եք ձեռք բերել ծրագրով թույլատրված՝ առանց դեղատոմսի (Over-the-Counter, OTC) ապրանքներ առցանց և մասնակցող մանրածախ խանութներում, այդ թվում՝ Kaiser Permanente-ի մանրածախ դեղատներում: Ձեր քարտը կվերալիցքավորվի հունվարի 1-ին, ապրիլի 1-ին, հուլիսի 1-ին և հոկտեմբերի 1-ին: Եռամսյակային նպաստի չօգտագործված մասը չի փոխանցվի հաջորդ եռամսյակ: Առանց դեղատոմսի վաճառվող ապրանքների արժեքը կծածկվի ձեր քարտի վրա առկա մնացորդի չափով: Եթե վճարման ենթակա գումար կա, ապա պետք է օգտագործեք վճարման այլ ձև: Վճարները և պատվերի նվազագույն պահանջները տարբեր են՝ կախված մանրածախ վաճառողից: Խնդրում ենք առցանց պատվեր կատարելուց առաջ ծանոթանալ վճարների վերաբերյալ մանրամասներին՝ պատվերի ձևակերպման էջում: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	Դուք վճարում եք $0՝ մինչև ձեր պլանով սահմանված եռամսյակային նպաստի չափը՝ • South P1 – **$75** • South P6 – **$100** • South P7 – **$150** • South P9 – **$170** • South P10 – **$125** • South P11 – **$150** • North P2 – **$50** • North P16 – **$75** • North P17 – **$75** • North P18 – **$75** • North P19 – **$75** • North P20 – **$75** • North P21 – **$75** • North P22 – **$75** • North P23 – **$75** • North P24 – **$75**

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Առանց դեղատոմսի վաճառվող (OTC) դեղամիջոցներ (շարունակություն) Ձեզ կառաջարկվի մուտքագրել վճարման մեկ այլ եղանակ՝ ցանկացած թեյավճարի կամ վճարի համար։ Ձեր քարտն ակտիվացնելու համար զանգահարեք 1-833-524-7035 (TTY 711) հեռախոսահամարով, ժամը 5 a.m.-ից 5 p.m., խաղաղօվկիանոսյան ստանդարտ ժամանակով (Pacific Standard Time, PST), և տրամադրեք ձեր քարտի համարը և անդամության ID համարը։ Եթե արդեն ունեք առողջության լրացուցիչ նպաստների քարտ, նոր քարտ չեք ստանա։ Խնդրում ենք պահպանել ձեր քարտը, և ձեր նպաստը հասանելի կլինի ձեր գործող քարտի վրա։ Առցանց հաշիվ ստեղծելու, OTC դեղամիջոցների ցանկը տեսնելու, մասնակից խանութներ գտնելու, փոխհատուցում պահանջելու, ձեր մնացորդը և գործարքների պատմությունը ստուգելու, առցանց գնումներ կատարելու, կորցրած կամ գողացված քարտը փոխարինելու համար այցելեք mybenefitscenter.com կամ զանգահարեք 1-833-524-7035 (TTY 711) հեռախոսահամրով, ժամը 5 a.m.-ից 5 p.m.-ը, PST: Կարող եք նաև այցելել mybenefitscenter.com կայք և ներբեռնել OTC Network բջջային հավելվածը՝ մասնակից մանրածախ վաճառողներ գտնելու, համապատասխան ապրանքներ որոնելու, ձեր գործարքների պատմությունը դիտելու և ձեր քարտի մնացորդը ստուգելու համար։ Կարող եք նաև օգտագործել խանութներում OTC բջջային հավելվածը՝ գնումների ժամանակ ապրանքները սկանավորելու և վճարումից առաջ ձեր մնացորդը դիտելու համար։ Անդամները կարող են ներբեռնել OTC Network բջջային հավելվածը անմիջապես iTunes App Store-ից կամ GooglePlay-ից։ Ներբեռնելու համար որոնեք «OTC Network»։ Մեր ծրագրից հրաժարվելու դեպքում չօգտագործված բոլոր գումարները կկորցվեն։ **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	• North P25 – **$75** **Միայն Հարավային Կալիֆոռնիայի անդամների համար.** եթե համապատասխանում եք SSBCI-ի պահանջներին, որոնք նկարագրված են «Քրոնիկ հիվանդների համար հատուկ լրացուցիչ նպաստներ» բաժնում, ապա կարող եք ձեր եռամսյակային OTC նպաստը օգտագործել նաև առողջ սնունդ գնելու համար։

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Առանց դեղատոմսի վաճառվող (OTC) դեղամիջոցներ (շարունակություն) Կարող եք լրացուցիչ ապահովագրություն ունենալ Medi-Cal-ի ներքո ընդգրկված որոշ OTC ապրանքների համար Medi-Cal Rx ծրագրի միջոցով: Medi-Cal Rx-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Medi-Cal Rx-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ 1-800-977-2273 հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները կարող են զանգահարել 711 երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 08:00-17:00: Կարող եք նաև այցելել Medi-Cal Rx-ի կայք՝ https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/:	$0
	Առանց դեղատոմսի վաճառվող (OTC) դեղամիջոցներ նիկոտինի փոխարինման համար Մենք փոխհատուցում ենք Սննդի և դեղամիջոցների վարչության (FDA) կողմից հաստատված՝ առանց դեղատոմսի վաճառվող և նիկոտինի փոխարինիչ դեղամիջոցներ: Ապրանքները պետք է պատվիրվեն ցանցի մատակարարից և ձեռք բերվեն ցանցի դեղատնից: Մենք օրացուցային տարվա ընթացքում երկու անգամ կտրամադրենք մինչև 100 օրվա դեղ:	$0
	Պալիատիվ խնամք Պալիատիվ խնամքը փոխհատուցվում է մեր պլանի կողմից: Պալիատիվ խնամքը նախատեսված է լուրջ հիվանդություններ ունեցող մարդկանց համար: Այն տրամադրում է հիվանդի և ընտանիքի վրա կենտրոնացած խնամք, որը բարելավում է կյանքի որակը՝ կանխատեսելով, կանխելով և բուժելով տառապանքը: Պալիատիվ խնամքը հոսպիս չէ, հետևաբար պարտադիր չէ, որ կյանքի տեւողությունը լինի վեց ամիս կամ պակաս՝ պալիատիվ խնամքի համար որակավորվելու համար: Պալիատիվ խնամքը կարող է տրամադրվել բուժման/կանոնավոր խնամքի հետ միասին: Պալիատիվ խնամքը ներառում է հետևյալը՝ • խնամքի նախօրոք պլանավորում • պալիատիվ խնամքի գնահատում և խորհրդատվություն **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Պալիատիվ խնամք (շարունակություն) • խնամքի պլան, որտեղ ներառված են պալիատիվ խնամքի և բուժման բոլոր թույլատրված միջոցները, ներառյալ մտավոր առողջության և բժշկական սոցիալական ծառայությունները • ձեր նշանակված խնամքի թիմի կողմից տրամադրվող ծառայություններ • խնամքի համակարգում • ցավի և ախտանիշների կառավարում Դուք կարող է միաժամանակ չստանաք հոսպիսային և պալիատիվ խնամք: Եթե պալիատիվ խնամք եք ստանում և համապատասխանում եք հոսպիսի պահանջներին, ցանկացած պահի կարող եք դիմել հոսպիսի խնամքի անցնելու համար:	
	Մասնակի հոսպիտալացման և ինտենսիվ ամբուլատոր ծառայություններ Մասնակի հոսպիտալացումը ակտիվ հոգեբուժական համակարգված պլան է: Այն առաջարկվում է որպես հիվանդանոցային ամբուլատոր ծառայություն կամ համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոնի կողմից, որն ավելի ինտենսիվ է, քան ձեր բժշկի, թերապևտի, լիցենզավորված ամուսնական և ընտանեկան թերապևտի (licensed marriage and family therapistLMFT) կամ լիցենզավորված մասնագիտական խորհրդատուի գրասենյակում ստացվող խնամքը: Դա կարող է օգնել ձեզ խուսափել հիվանդանոցում մնալուց: Ինտենսիվ ամբուլատոր ծառայությունը վարքագծային (հոգեկան) առողջության թերապիայի ակտիվ բուժման կառուցվածքային պլան է, որը տրամադրվում է որպես հիվանդանոցային ամբուլատոր ծառայություն, համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոն, դաշնային որակավորում ունեցող առողջապահական կենտրոն կամ գյուղական առողջապահական կլինիկա, որն ավելի ինտենսիվ է, քան ձեր կողմից ստացված խնամքը ձեր բժշկի, LMFT-ի կամ լիցենզավորված պրոֆեսիոնալ խորհրդատուի կամ թերապևտի գրասենյակում, բայց ավելի պակաս ինտենսիվ, քան մասնակի հոսպիտալացումը:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Բժշկի/մատակարարի ծառայություններ, ներառյալ բժշկի գրասենյակ այցելությունները Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ առողջապահական կամ վիրաբուժական ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են հետևյալ վայրերում՝ ○ բժշկի աշխատասենյակ ○ հավաստագրված ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոն ○ հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունք ○ ցանկացած այլ վայր • մասնագետի կողմից խորհրդատվություն, ախտորոշում և բուժում • լսողության և հավասարակշռության ստանդարտ հետազոտություններ, որոնք արվել են ձեր ընտանեկան բժշկի կողմից՝ պարզելու համար, թե ինչ բուժման կարիք ունեք **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	Խոսեք ձեր բուժծառայություններ մատուցողի հետ և ստացեք մասնագիտացված խնամքի ուղեգիր: **Հեռակա խնամք** $0 **Բուժծառայության մատակարարի գրասենյակ այցելություններ** $0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**պետք է յուրաքանչյուր **մասնագիտացված խնամքի այցի** համար վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Բժշկի/բուժծառայություններ մատուցողի ծառայություններ, ներառյալ բժշկի գրասենյակ այցելությունները (շարունակություն) • Որոշ հեռաբուժական ծառայություններ, ինչպիսիք են առաջնային և մասնագիտացված խնամքը, որը ներառում է՝ ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններ, մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունների ծառայություններ, սրտանոթային վերականգնողական ծառայություններ, շտապ օգնության ծառայություններ, անհետաձգելի ծառայություններ, մասնակի հոսպիտալացման ծառայություններ, տնային առողջապահական ծառայություններ, օկուպացիոն թերապիայի ծառայություններ, հոգեկան առողջություն, օրթոպեդիա, հոգեբուժական ծառայություններ, ֆիզիոթերապիա և խոսքի պաթոլոգիայի ծառայություններ, օփիոիդային միջոցների կախվածության բուժման ծառայություններ, ռենտգեն ծառայություններ, ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ, բուժզննման ծառայություններ, թմրամիջոցների չարաշահման բուժում, դիալիզի ծառայություններ, սնուցման/սննդակարգի կարգավորման ծառայություններ, առողջապահական հարցերով իրազեկում, երիկամային հիվանդության հետ կապված իրազեկում, շաքարախտի ինքնակառավարման ուսուցում և լսողության բուժզզնում, վիրահատության կամ հիվանդանոցում պառկելու նախապատրաստում և հիվանդանոցում պառկելուց հետո հետագա այցելություններ, այցելություն վիրահատական կամ շտապ օգնության բաժանմունք: Հեռաբուժական ծառայությունները կտրամադրվեն միայն այն ժամանակ, երբ ցանցի մատակարարը կլինիկական տեսանկյունից դա նպատակահարմար կհամարի: ○ Դուք այս ծառայությունները կարող եք ստանալ անձամբ այցելությամբ կամ հեռավար եղանակով: Եթե նախընտրում եք ստանալ այս ծառայություններից մեկը հեռավար եղանակով, դուք պետք է օգտվեք այն ցանցի բուժծառություններ մատուցողի ծառայություններից, որն առաջարկում է այդ ծառայությունը հեռավար: Մենք առաջարկում ենք հետևյալ հեռավար միջոցները՝ **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	**Ամբուլատոր վիրահատություններ և այլ ամբուլատոր ընթացակարգեր** $0 **Եթե կորցնեք ամբողջական ծածկույթով Medi-Cal-ի ապահովագրությունը**, ապա յուրաքանչյուր միջամտության համար վճարում եք ստորև նշված գումարը՝ կախված այն ծրագրից, որում գրանցված եք, երբ միջամտությունը կատարվում է ամբուլատոր կամ արտահիվանդանոցային վիրաբուժական կենտրոնում, կամ հիվանդանոցի վիրահատարանում, կամ ցանկացած այլ վայրում, և լիցենզավորված աշխատակիցը վերահսկում է ձեր կենսական ցուցանիշները, մինչ վերականգնում եք զգացողությունը՝ զգացողությունը նվազեցնող կամ անհարմարությունը մեղմացնող դեղեր ստանալուց հետո՝ • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490**

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Բժշկի/բուժծառայություններ մատուցողի ծառայություններ, ներառյալ բժշկի գրասենյակ այցելությունները (շարունակություն) ○ Ինտերակտիվ տեսասայցեր մասնագիտական ծառայությունների համար, երբ խնամքը կարող է տրամադրվել այս ձևաչափով՝ ցանցի մատակարարի որոշմամբ ○ Պլանավորած հեռախոսազրույցներ՝ մասնագիտական ծառայությունների համար, երբ բուժօգնությունը կարող է տրամադրվել այս ձևաչափով՝ ցանցի մատակարարի որոշմամբ: • հեռաբուժական ծառայություններ վերջին ստադիայի երիկամային հիվանդության (ESRD) հետ կապված ամենամսյա այցերի դեպքում՝ տնային պայմաններում դիալիզ կատարող անդամների համար՝ հիվանդանոցում կամ անսահմանափակ մուտքով հիվանդանոցում գործող երիկամային դիալիզի կենտրոնում, երիկամային դիալիզի հաստատությունում կամ տանը: • հեռաբուժական ծառայություններ՝ կաթվածի ախտանիշները որոշելու, գնահատելու և բուժելու համար: • հեռաբուժական ծառայություններ՝ թմրամիջոցների օգտագործման կամ հոգեկան առողջության հետ կապված խանգարումներ ունեցող անդամների համար՝ անկախ գտնվելու վայրից • հեռաբուժական ծառայություններ՝ հոգեկան առողջության խանգարումների ախտորոշման, գնահատման և բուժման համար • հոգեկան առողջական խնդիրների հետ կապված հեռաբուժական ծառայություններ, որոնք տրամադրում են գյուղական առողջապահական կլինիկաները և դաշնային որակավորված առողջապահական կենտրոնները: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	• North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Բժշկի/բուժծառայություններ մատուցողի ծառայություններ, ներառյալ բժշկի գրասենյակ այցելությունները (շարունակություն) • վիրտուալ հանդիպում (օրինակ՝ հեռախոսով կամ տեսազանգով) ձեր բժշկի հետ հինգից տասը րոպեով, **եթե** ○ դուք նոր հիվանդ չեք, **և** ○ հանդիպումը կապված չէ վերջին յոթ օրվա ընթացքում բժշկի գրասենյակ կատարած այցի հետ, **և** ○ հանդիպման ժամանակ անհրաժեշտություն չի առաջանում այցելել բժշկի աշխատասենյակ 24 ժամվա ընթացքում կամ հնարավորինս շուտ։ • տեսանյութերի և/կամ լուսանկարների գնահատում, որոնք ուղարկում եք ձեր բժշկին, ձեր բժշկի կողմից մեկնաբանություն և դրան հաջորդող հետազոտություն 24 ժամվա ընթացքում,**եթե** ○ դուք նոր հիվանդ չեք, **և** ○ գնահատումը կապված չէ վերջին յոթ օրվա ընթացքում բժշկի գրասենյակ կատարած այցի հետ, **և** ○ գնահատումը չի հանգեցնում բժշկի գրասենյակ այցելության 24 ժամվա ընթացքում կամ հնարավոր ամենամոտ ժամկետում նշանակված այցի • խորհրդատվություն, որը ձեր բժիշկն ունենում է այլ բժիշկների հետ հեռախոսով, համացանցով կամ էլեկտրոնային բժշկական արձանագրության միջոցով, եթե դուք նոր հիվանդ չեք։ • երկրորդ կարծիք՝ ցանցի մեկ այլ բուժծառայություններ մատուցողից՝ վիրահատությունից առաջ • տնային զանգեր ցանցի բժշկի կողմից (կամ ցանցի բուժծառայություններ մատուցողի կողմից, ով գրանցված բուժքույր է) մեր սպասարկման տարածքում, երբ խնամքը արդյունավետ է տնային պայմաններում՝ համաձայն ցանցի բժշկի որոշման • ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներով բուժում **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Բժշկի/բուժծառայություններ մատուցողի ծառայություններ, ներառյալ բժշկի գրասենյակ այցելությունները (շարունակություն) **Հեռակա առողջապահություն՝ ձեր Medi-Cal ծածկույթի շրջանակներում՝** Հեռակա առողջապահությունը ծառայություններ ստանալու տարբերակ է, երբ ֆիզիկապես Ձեր մատակարարի հետ նույն վայրում չեք: Հեռավար բուժօգնությունը կարող է ներառել ձեր բժշկի հետ անմիջական զրույցը: Կամ հեռակա առողջապահությունը կարող է ներառել տեղեկատվության կիսում Ձեր մատակարարի հետ առանց կենդանի զրույցի: Հեռավար եղանակով դուք կարող եք շատ ծառայություններ ստանալ: Սակայն, հեռավար եղանակով հնարավոր չէ մատուցել բոլոր փոխհատուցվող ծառայությունները: Կապ հաստատեք ձեր բժշկի հետ՝ իմանալու համար, թե ինչ ծառայություններ կարելի է ստանալ հեռավար եղանակով: Կարևոր է, որպեսզի դուք և ձեր բժիշկը համաձայն լինեք, որ ձեզ հարմար է որոշ ծառայությունների համար օգտվել հեռավար եղանակից: Դուք իրավունք ունեք անձամբ ներկայանալով ստանալ ծառայությունները, և ձեզնից չի պահանջվի օգտվել հեռավար բուժօգնությունից, նույնիսկ եթե ձեր բժիշկը գտնում է, որ այն հարմար է ձեզ:	
	Պոդոլոգիական ծառայություններ Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • ոտնաթաթի վնասվածքների և հիվանդությունների (օրինակ՝ մրճանման մատի կամ կրունկի ոսկրախթանի) ախտորոշում և դեղորայքային կամ վիրաբուժական բուժում: • ոտքերի ստանդարտ խնամք այն անդամների համար, ովքեր ոտքերի վիճակի վրա ազդող պատճառներ ունեն, օրինակ՝ շաքարախտը: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: **Բուժծառայության մատակարարի գրասենյակ այցելություններ** $0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**պետք է յուրաքանչյուր **մասնագիտացված խնամքի այցի** համար վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0**

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Պողիատրիկ ծառայություններ (շարունակություն) Մենք ապահովագրում ենք պողիատրիայի ծառայություններն, ինչպես անհրաժեշտ է Բժշկական տեսանկյունից, ախտորոշման և մարդու ոտքի բժշկական, վիրաբուժական, մեխանիկական, մանիպուլյատիվ և էլեկտրական բուժման համար: Սա ներառում է ոտնաթաթի կոճը և ջիլերն, ինչպես նաև ոտնաթաթի գործառույթները ղեկավարող ոտքի մկանների և ջիլերի ոչ վիրաբուժական բուժումը: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	• South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0** **Ամբուլատոր վիրահատություններ և այլ ամբուլատոր ընթացակարգեր** $0 **Եթե կորցնեք ամբողջական ծածկույթով Medi-Cal-ի ապահովագրությունը**, ապա յուրաքանչյուր միջամտության համար վճարում եք ստորև նշված գումարը՝ կախված այն ծրագրից, որում գրանցված եք, երբ միջամտությունը կատարվում է ամբուլատոր կամ արտահիվանդանոցային վիրաբուժական կենտրոնում, կամ հիվանդանոցի վիրահատարանում, կամ ցանկացած այլ վայրում, և լիցենզավորված աշխատակիցը վերահսկում է ձեր կենսական ցուցանիշները, մինչ վերականգնում եք

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Պողիատրիկ ծառայություններ (շարունակություն)	զգացողությունը՝ զգացողությունը նվազեցնող կամ անհարմարությունը մեղմացնող դեղեր ստանալուց հետո՝ • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման համար նախքան ազդեցությունը կանխարգելիչ բուժում (PrEP) Եթե դուք ՄԻԱՎ չունեք, բայց ձեր բժիշկը կամ այլ առողջապահական մասնագետը որոշում է, որ դուք ՄԻԱՎ-ի վարակման բարձր ռիսկի տակ եք, մենք ապահովագրում ենք նախակոնտակտային պրոֆիլակտիկայի (PrEP) դեղորայքը և դրան առնչվող ծառայությունները: Եթե համապատասխանում եք պահանջներին, ծածկվող ծառայությունները ներառում են՝ • FDA-ի կողմից հաստատված բանավոր կամ ներարկային PrEP դեղամիջոց, ներառյալ դեղամիջոցի ներարկման վճարը, եթե կիրառելի է: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման համար նախքան ազդեցությունը կանխարգելիչ բուժում (PrEP) (շարունակություն) • Մինչև ութ անհատական խորհրդատվության սեանս յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ (ներառյալ ՄԻԱՎ-ի վարակման ռիսկի գնահատումը, ՄԻԱՎ-ի վարակման ռիսկի նվազեցումը և դեղորայքի ընդունմանը հետևելը)։ • Մինչև ութ ՄԻԱՎ-ի սքրինինգային հետազոտություն յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ։ • Հեպատիտ B-ի վիրուսի մեկանգամյա սքրինինգային հետազոտություն	
🍎	**Շագանակագեղձի քաղցկեղի սքրինինգային հետազոտություններ** 50 և ավելի բարձր տարիքի տղամարդկանց համար մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար 12 ամիսը մեկ՝ • Ռեկտալ (ուղիղաղիքային) մատային զննում։ • Շագանակագեղձի հատուկ հակագենի (PSA) հետազոտություն։	$0
	Պրոթեզային և օրթոպեդիկ սարքեր և դրանց հետ կապված պարագաներ† Պրոթեզային սարքերը փոխարինում են մարմնի մի մասը կամ նրա ֆունկցիան ամբողջությամբ կամ մասնակի: Օրթոպեդիկ սարքերը աջակցում կամ շտկում են մարմնի որևէ մասի գործառույթը: Դրանք ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով. • պրոթեզային և օրթոպեդիկ սարքերի օգտագործման փորձարկում, հարմարեցում կամ օգտագործման ուսուցում • կոլոստոմայի պարկեր և կոլոստոմայի խնամքի հետ կապված պարագաներ • էնտերալ և պարէնտերալ սնուցում, ներառյալ սնուցման պարագաների հավաքածուներ, ինֆուզիոն պոմպ, խողովակներ և աղապտեր, լուծույթներ և ինքնուրույն ներարկումներ կատարելու համար անհրաժեշտ պարագաներ **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 **Եթե կորցնեք Medi-Cal-ի ամբողջական ծածկույթը**, ապա արտաքին պրոթեզային կամ օրթոպեդիկ սարքերի և պարագաների (ներառյալ վերքերի խնամքի պարագաները), ինչպես նաև ամբուլատոր այցի ընթացքում տրամադրվող վիրաբուժական կոշիկների համար վճարում եք ձեր պլանից կախված հետևյալ **համավճարը**՝ • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%**

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Պրոթեզային և օրթոպեդիկ սարքեր և դրանց հետ կապված պարագաներ† (շարունակություն) • սրտի ռիթմավարներ • օրթեզներ • պրոթեզային կոշիկներ • արհեստական ձեռքեր և ոտքեր • կրծքագեղձի պրոթեզներ (ներառյալ մաստէկտոմիայից հետո վիրաբուժական կրծկալը) • պրոթեզներ՝ հիվանդության, վնասվածքի կամ բնածին արատի հետևանքով հեռացված կամ վնասված արտաքին մարմնի մասի ամբողջական կամ մասնակի փոխարինման համար • անմիզապահության քսուք և տակդիրներ Մենք վճարում ենք պրոթեզային և օրթոպեդիկ սարքերի հետ կապված որոշ պարագաների համար: Մենք վճարում ենք նաև պրոթեզային և օրթոզային սարքերի վերանորոգման կամ փոխարինման համար: Մենք առաջարկում ենք որոշակի ծածկույթ կատարակտի հեռացումից կամ կատարակտի վիրահատությունից հետո: Մանրամասների համար տե՛ս այս աղյուսակի «Տեսողության խնամք» բաժինը: Մենք նաև ծածկում ենք Medicare-ի կողմից չծածկվող հետևյալ պարագաները՝ • հատուկ վիրաբուժական կոշիկներ՝ վիրահատությունից հետո, երբ դրանք տրամադրվում են ամբուլատոր այցի ժամանակ • էրեկցիայի վակուումային սարք՝ սեռական դիսֆունկցիայի դեպքում • մաշկի որոշ հերմետիկներ, պաշտպանիչ, խոնավեցնող միջոցներ և քսուքներ, որոնք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են վերքերի ապաքինման համար Ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթով մենք վճարում ենք պրոթեզային և օրթոպեդիկ սարքերի համար՝ հետևյալ բոլոր պայմանների բավարարման դեպքում՝ • պարագան բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է՝ օրգանիզմի մի մասի աշխատանքը վերականգնելու համար (միայն պրոթեզավորման ժամանակ)	• South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%** **$0** վիրաբուժական ճանապարհով տեղադրված ներքին սարքերի համար:
Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում	

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Պրոթեզային և օրթոպեդիկ սարքեր և դրանց հետ կապված պարագաներ† (շարունակություն) • պարագան ձեզ նշանակված է՝ որպես բժշկական անհրաժեշտություն • պարագան բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է՝ մարմնի մի մասը պահելու համար (միայն օրթոպեդիկ միջատակերի դեպքում) • պարագան բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է՝ ձեր ամենօրյա կենսագործունեության համար • պարագան հարկավոր է Ձեր ընդհանուր բժշկական վիճակի համար • պարագան չի փոխհատուցվում Medi-Cal-ի կողմից • պարագան պետք է նախապես հաստատվի ձեզ համար: Սա ներառում է իմպլանտացվող լսողական սարքեր, կրծքագեղձի պրոթեզներ/մաստէկտոմիայի համար նախատեսված կրծկալներ, այրվածքների դեպքում օգտագործվող կոմպրեսիոն հագուստ և պրոթեզներ՝ մարմնի մասի գործառույթը վերականգնելու կամ այն փոխարինելու, կամ թուլացած կամ ձևախախտված մարմնի մասին աջակցելու համար: Ծածկույթը սահմանափակվում է սարքավորման այն տարբերակի ամենացածր արժեքով, որը պատշաճ կերպով բավարարում է ձեր բժշկական կարիքները: Մենք ենք ընտրում մատակարարին:	
	Թոքային վերականգնողական ծառայություններ Մենք վճարում ենք թոքերի վերականգնողական ծրագրերի համար այն անդամներին, ովքեր ունեն միջին և շատ ծանր քրոնիկական օբստրուկտիվ թոքերի հիվանդություն (COPD): Բժշկից կամ քրոնիկական COPD-ը բուժող մասնագետից պետք է ցուցում ունենաք թոքերի վերականգնման համար:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Հեպատիտ C-ի վիրուսով վարակման սքրինինգային հետազոտություն Մենք ապահովագրում ենք C հեպատիտի մեկ սկրինինգ, եթե ձեր ընտանեկան բժիշկը կամ այլ որակավորված առողջապահական ծառայություն մատուցողը պատվիրում է այն, և դուք համապատասխանում եք հետևյալ պայմաններից մեկին. • Դուք բարձր ռիսկի խմբում եք, քանի որ օգտագործում եք կամ նախկինում օգտագործել եք անօրինական ներարկային թմրամիջոցներ: • Արյան փոխներարկում եք ստացել մինչև 1992 թվականը: • Ծնվել եք 1945-ից 1965 թվականների ընթացքում: Եթե դուք ծնվել եք 1945-1965-ի միջև ընկած ժամանակահատվածում և չեք համարվում բարձր ռիսկի խումբ, մենք վճարում ենք մեկ անգամ սքրինինգի համար: Եթե դուք բարձր ռիսկի խմբում եք (օրինակ՝ դուք շարունակել եք օգտագործել ապօրինի ներարկային թմրանյութեր ձեր նախորդ բացասական հեպատիտ C սկրինինգային թեստից հետո), մենք հատուցում ենք տարեկան սքրինինգները:	$0
	Զ գայուն ծառայություններ. Այս Նպաստների աղյուսակում «Ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ» և «Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (ՍՃՓՀ) սկրինինգ և խորհրդատվություն» բաժիններում նկարագրված ծառայություններից բացի, մենք նաև ներառում ենք զգայուն ծառայություններ, ինչպիսիք են սեռական բռնության խնամքը, հղիության թեստավորումը և խորհրդատվությունը, ինչպես նաև ամբուլատոր աբորտի ծառայությունները: Հղիության ստուգման, ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների, հակաբեղմնավորման ծառայությունների կամ սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների ծառայությունների համար պարտադիր չէ, որ բժիշկը կամ կլինիկան լինեն Kaiser Permanente-ի ցանցից: Դուք կարող եք ընտրել **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Զգայուն ծառայություններ (շարունակություն) Medi-Cal-ի ցանկացած բուժծառայություն մատուցողի և դիմել նրան՝ առանց ուղեգրի կամ նախնական թույլտվության: Kaiser Permanente-ի ցանցից դուրս Medi-Cal-ի բուժծառայություն մատուցող գտնելու համար կարող եք օգնություն ստանալ՝ զանգահարելով մեր Անդամների սպասարկման բաժին: Ցանցից դուրս մատակարարից ստացված ծառայությունները, որոնք կապված չեն Զգայուն խնամքի հետ, կարող են չապահովագրվել: Այսպիսի ծառայություններ մատուցող բժիշկ կամ կլինիկա գտնելու կամ այս ծառայությունները ստանալու համար տրանսպորտային օգնության համար կարող եք զանգահարել մեր Անդամների սպասարկման բաժին: Դուք կարող եք զանգահարել նաև Այցերի նշանակման և խորհրդատվական գիծ և խորհրդակցել լիցենզավորված խնամքի մասնագետի հետ, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:	
	Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (STI) սկրինինգային հետազոտություն և խորհրդատվություն Մենք վճարում ենք քլամիդիայի, գոնորեայի, սիֆիլիսի և հեպատիտ B-ի սկրինինգային հետազոտությունների համար: Այս սկրինինգային հետազոտությունները ծածկվում են հղիների և սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակով (STI) վարակվելու բարձր ռիսկ ունեցող որոշ անձանց համար: Ձեր հիմնական բուժող բժիշկը պետք է նշանակի ստուգումները: Մենք փոխհատուցում ենք այս ստուգումների համար 12 ամիսը մեկ կամ հղիության ընթացքում՝ որոշակի ժամանակահատվածներում: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (STI) սկրինինգային հետազոտություն և խորհրդատվություն (շարունակություն) Մենք նաև վճարում ենք ամեն տարի անձամբ այցելությամբ կատարվող, վարքագծային խանգարումների հետ կապված շատ հագեցած խորհրդատվական հանդիպումների համար՝ սեռապես ակտիվ մեծահասակների համար, ովքեր գտնվում են սեռավարակներով վարակվելու խիստ ռիսկային խմբում: Յուրաքանչյուր հանդիպում կարող է տևել 20-ից 30 րոպե: Որպես պրոֆիլակտիկ ծառայություն տրամադրվող այս խորհրդատվական համդիպումների համար վճարում ենք միայն այն դեպքում, երբ դրանք նշանակվում են ձեր հիմնական բուժող բժշկի կողմից: Հանդիպումները պետք է անցկացվեն առաջնային խնամքի հաստատությունում, օրինակ՝ բժշկի կաբինետում:	
	Հմուտ բուժքույրական խնամքի հաստատությունում (SNF) տրամադրվող խնամք Որակավորված բուժքույրական հաստատության խնամքի սահմանման համար այցելեք **Գլուխ 12-ը:** Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների, և հնարավոր է՝ նաև այստեղ չնշված այլ ծառայությունների համար (նախկինում հիվանդանոցում մնալը պարտադիր չէ): • երկտեղանոց սենյակ կամ առանձնասենյակ, եթե դա անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից • սնունդ, ներառյալ՝ հատուկ սննդակարգ • հմուտ բուժքույրական ծառայություններ: • ֆիզիոթերապիա, էրգոթերապիա և խոսքային թերապիա • դեղեր, որոնք ստանում եք ձեր առողջապահական պլանով, այդ թվում՝ նյութեր, որոնք ի ծնե առկա են օրգանիզմում, օրինակ՝ արյան մակարդման գործոններ • արյուն, այդ թվում՝ դրա պահպանումը և ներարկումը: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: Մենք ծածկում ենք մինչև 100 օր յուրաքանչյուր նպաստի ժամանակահատվածում: **Եթե կորցնեք ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը**, պետք է վճարեք հետևյալը նպաստի յուրաքանչյուր ժամանակահատվածի համար՝ • 1–20-րդ օրերի համար՝ **$0** : • **$221** 21–100 օրերի համար: Նպաստի ժամանակահատվածը սկսվում է այն առաջին օրվանից, երբ դուք ընդունվում եք Medicare-ի կողմից ծածկվող հմուտ բուժքույրական խնամքի հաստատություն (SNF): Նպաստների

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Հմուտ բուժքույրական խնամքի հաստատությունում (SNF) տրամադրվող խնամք (շարունակություն) • SNF-ների կողմից տրամադրվող բժշկական և վիրաբուժական պարագաներ • SNF-ների կողմից տրամադրվող լաբորատոր հետազոտություններ • Քույրական հաստատությունների կողմից տրամադրվող ռենտգեն և այլ ռենտգենագրության ծառայություններ • սարքավորումներ, օրինակ՝ անվասայլակներ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են բուժքույրական հաստատությունների կողմից: • Բժշկի/բուժծառայություններ մատուցողի ծառայություններ Դուք սովորաբար պետք է ձեր խնամքը ստանաք ցանցի հաստատություններում: Որոշ պայմաններում դուք կարող եք խնամք ստանալ մեր ցանցում չներառված հաստատությունում: Դուք կարող եք խնամք ստանալ հետևյալ վայրերում, եթե վերջիններս ընդունում են մեր պլանի վճարման պայմանները՝ • բուժքույրական հաստատություն կամ երկարատև խնամքի ծառայություններ համայնքի բնակիչների համար, որտեղ ապրել եք նախքան հիվանդանոց տեղափոխվելը (որը դեռ տրամադրում է բուժքրոջ ծառայություն): • խնամքի կենտրոն, որտեղ ձեր ամուսինը կամ զուգընկերը ապրում է հիվանդանոցից ձեր դուրս գրվելու պահին:	ժամանակաշրջանն ավարտվում է, երբ դուք 60 օրացուցային օր անընդմեջ չեք ստանում ստացիոնար բուժում որևէ հիվանդանոցում կամ SNF-ում:
	Ծխելու և ծխախոտի օգտագործման դադարեցում Ծխելը և ծխախոտի օգտագործումը թողնելու խորհրդատվությունը տրամադրվում է ամբուլատոր և հոսպիտալացված հիվանդներին, որոնք համապատասխանում են հետևյալ չափանիշներին. • օգտագործում են ծխախոտ՝ անկախ նրանից, թե արդյոք նրանց մոտ առկա են ծխախոտի օգտագործման հետ կապված հիվանդության նշաններ կամ ախտանշաններ	$0

Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Ծխելու և ծխախոտի օգտագործման դադարեցում (շարունակություն) • խորհրդատվության ընթացքում գիտակից և հաղորդակցվելու ունակ վիճակում են • որակավորված բժիշկը կամ Medicare-ի կողմից ճանաչված այլ բուժծառայության մատակարարը տրամադրում է խորհրդատվություն Մենք տարեկան ապահովում ենք ծխելը դադարեցնելու երկու փորձ (յուրաքանչյուր փորձ կարող է ներառել առավելագույնը չորս միջանկյալ կամ ինտենսիվ սեանս, տարեկան մինչև ութ սեանս):	
	Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ քրոնիկ հիվանդություն ունեցող անձանց համար՝ միայն Հարավային Կալիֆոռնիայի անդամների համար** Առողջ սննդի նպաստը քրոնիկ հիվանդություն ունեցող անձանց համար նախատեսված հատուկ լրացուցիչ նպաստ է, որը հասանելի է չափանիշներին համապատասխանող Հարավային Կալիֆոռնիայի բոլոր անդամներին: Որոշակի քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող և սահմանված չափանիշներին համապատասխանող իրավասու անդամները կկարողանան եռամսյակային OTC նպաստն օգտագործել հաստատված սննդամթերք, օրինակ՝ մրգեր և բանջարեղեն, առցանց և մասնակից մանրածախ խանութներից գնելու համար: Հաստատված սննդամթերքի ցանկը կարող է փոփոխվել: Ձեր քարտը կվերալիցքավորվի հունվարի 1-ին, ապրիլի 1-ին, հուլիսի 1-ին և հոկտեմբերի 1-ին: Եռամսյակային նպաստի չօգտագործված մասը չի փոխանցվի հաջորդ եռամսյակ: Առանց դեղատոմսի վաճառվող ապրանքների արժեքը կծածկվի ձեր քարտի վրա առկա մնացորդի չափով: Եթե վճարման ենթակա գումար կա, ապա պետք է օգտագործեք վճարման այլ ձև: Վճարները և պատվերի նվազագույն պահանջները տարբեր են՝ կախված մանրածախ վաճառողից: Խնդրում ենք առցանց պատվեր կատարելուց առաջ ծանոթանալ վճարների վերաբերյալ մանրամասներին՝ պատվերի ձևակերպման էջում: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	**Հարավային Կալիֆոռնիայի անդամներ՝** Եթե համապատասխանում եք SSBCI-ի պահանջներին, կարող եք ձեր եռամսյակային OTC նպաստը, որը նկարագրված է այս Նպաստների աղյուսակի «Առանց դեղատոմսի (OTC) դեղեր» տողում, օգտագործել նաև առողջ սննդամթերք գնելու համար: Դուք կարող եք որոշել, թե ինչպես օգտագործել ձեր առողջության լրացուցիչ նպաստների քարտի նպաստը՝ այն բաշխելով OTC ապրանքների և առողջ սննդամթերքի միջև: **Չի ծածկվում Հյուսիսային Կալիֆոռնիայի անդամների համար:**

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ քրոնիկ հիվանդություն ունեցող անձանց համար՝ միայն Հարավային Կալիֆոռնիայի անդամների համար (շարունակություն)** Ձեզ կառաջարկվի մուտքագրել վճարման մեկ այլ եղանակ՝ ցանկացած թեյավճարի, վճարի կամ չծածկվող ապրանքի համար։ Այս նպաստը հասանելի կլինի միայն ծրագրով նույնականացված Հարավային Կալիֆոռնիայի այն անդամներին, որոնք համապատասխանում են նպաստի իրավասության չափանիշներին և ունեն հետևյալ պայմանները՝ • Ալկոհոլի օգտագործման քրոնիկական խանգարում և այլ նյութերի օգտագործման հետ կապված խանգարումներ (SUD-ներ) • Աուտոիմունային խանգարումներ • Քաղցկեղ • Սրտանոթային հիվանդություններ • Քրոնիկական սրտային անբավարարություն • Դեմենցիա • Շաքարային դիաբետ • Մարմնի ավելորդ քաշ, ճարպակալում և մետաբոլիկ համախտանիշ • Քրոնիկական ստամոքսաղիքային հիվանդություն • Երիկամի քրոնիկ հիվանդություն (CKD) • Արյան ծանր հիվանդություններ • ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ • Թոքերի քրոնիկ հիվանդություններ • Քրոնիկական և հաշմանդամություն առաջացնող հոգեկան հիվանդություններ • Նյարդաբանական հիվանդություններ • Կաթված • Օրգանների փոխպատվաստմանը հաջորդող խնամք • Իմունային անբավարարության և իմունոսուպրեսիվ խանգարումներ • Կոգնիտիվ խանգարման հետ կապված հիվանդություններ **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ քրոնիկ հիվանդություն ունեցող անձանց համար՝ միայն Հարավային Կալիֆոռնիայի անդամների համար (շարունակություն) • Ֆունկցիոնալ խանգարումներով ուղեկցվող հիվանդություններ, որոնք նմանատիպ բուժում են պահանջում • Տեսողության, լսողության (խուլություն), համի, շոշափելիքի և հոտառության վրա ազդող քրոնիկ հիվանդություններ • Հիվանդություններ, որոնք շարունակական թերապիա են պահանջում՝ մարմնի գործունեությունը պահպանելու կամ պահելու համար **Ինչպես օգտագործել ձեր առողջության լրացուցիչ նպաստների քարտը** Ձեր քարտն ակտիվացնելու համար զանգահարեք 1-833-524-7035 (TTY՝ 711), շաբաթը 7 օր՝ առավոտյան ժամը 5:00-ից մինչև երեկոյան 5:00-ը՝ Խաղաղօվկիանոսյան ստանդարտ ժամանակով, և տրամադրեք ձեր քարտի համարը և անդամության նույնականացման համարը: Քարտն ակտիվացնելուց հետո կարող եք սկսել օգտագործել այն՝ ձեր նպաստից օգտվելու և մասնակից մանրածախ ու առցանց խանութներից հաստատված ապրանքներ գնելու համար: Եթե արդեն ունեք առողջության լրացուցիչ նպաստների քարտ, նոր քարտ չեք ստանա: Խնդրում ենք պահպանել ձեր քարտը, և ձեր նպաստը հասանելի կլինի ձեր գործող քարտի վրա: Առցանց հաշիվ ստեղծելու, կատալոգ պահանջելու, իրավասու ապրանքների ցանկը դիտելու, մասնակից խանութներ գտնելու, փոխհատուցում պահանջելու, ձեր մնացորդը և գործարքների պատմությունը ստուգելու, առցանց գնումներ կատարելու, փոխհատուցման համար պահանջ ներկայացնելու կամ կորցրած կամ գողացված քարտը փոխարինելու համար այցելեք mybenefitscenter.com կամ զանգահարեք 1-833-524-7035 (TTY՝ 711), շաբաթը 7 օր՝ առավոտյան ժամը 5:00-ից մինչև երեկոյան 5:00-ը՝ խաղաղօվկիանոսյան ստանդարտ ժամանակով: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	

Փոխհատուցվող ծառայություն	Ինչ եք դուք վճարում
Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ քրոնիկ հիվանդություն ունեցող անձանց համար՝ միայն Հարավային Կալիֆոռնիայի անդամների համար (շարունակություն) Եթե մասնակից մանրածախ վաճառողի մոտ իրավասու ապրանք գնելու համար քարտն օգտագործելիս խնդիր առաջանա, կարող եք գործարքն ավարտել վճարման մեկ այլ եղանակով և ներկայացնել փոխհատուցման պահանջ, որի համար անհրաժեշտ կլինի ձեր մանրամասնեցված անդորրագրի պատճենը: Փոխհատուցման պահանջները ենթակա են որոշման կայացման գործընթացի և պետք է ներկայացվեն գնման օրվանից 90 օրվա ընթացքում՝ ձեր վճարման ապացույցում կամ անդորրագրում նշված ամսաթվից հաշված: Կարող եք նաև այցելել mybenefitscenter.com և ներբեռնել OTC Network բջջային հավելվածը՝ մասնակից առողջ սննդի և OTC ապրանքների մանրածախ վաճառողներ գտնելու, իրավասու ապրանքներ որոնելու, ձեր գործարքների պատմությունը դիտելու և ձեր քարտի մնացորդը ստուգելու համար: Կարող եք նաև օգտագործել խանութներում OTC բջջային հավելվածը՝ գնումների ժամանակ ապրանքները սկանավորելու և վճարումից առաջ ձեր մնացորդը դիտելու համար: Անդամները կարող են ներբեռնել OTC Network բջջային հավելվածը անմիջապես iTunes App Store-ից կամ GooglePlay-ից: Ներբեռնելու համար որոնեք «OTC Network»: Մեր ծրագրից հրաժարվելու դեպքում չօգտագործված բոլոր գումարները կկորցվեն: **Առողջ սննդի նպաստը քրոնիկ հիվանդություններ ունեցողների համար նախատեսված հատուկ լրացուցիչ ծրագրի մաս է կազմում: Ոչ բոլոր անդամներն ունեն դրա իրավունքը: Անդամները պետք է ունենան որոշակի քրոնիկ հիվանդություններ, օրինակ՝ շաքարային դիաբետ, գիրություն, սրտանոթային հիվանդություններ, օստեոարթրիտ կամ երիկամների քրոնիկ հիվանդություն՝ դրանից օգտվելու իրավունք ստանալու համար: Կան նաև այլ հիվանդություններ, որոնք կարող են ձեզ տալ այս նպաստից օգտվելու իրավունք: Այս նպաստից օգտվելու իրավունքը չի կարող երաշխավորվել՝ հիմնվելով բացառապես ձեր ունեցած հիվանդության վրա: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ քրոնիկ հիվանդություն ունեցող անձանց համար՝ միայն Հարավային Կալիֆոռնիայի անդամների համար (շարունակություն) Նախքան արտոնության տրամադրումը, բոլոր համապատասխան իրավասության պահանջները պետք է բավարարված լինեն: Մանրամասների համար խնդրում ենք կապվել մեզ հետ:	
	Վերահսկվող ֆիզիկական վարժությունների թերապիա (SET) Մենք փոխհատուցում ենք վարժությունների վերահսկվող թերապիայի ծախսերը՝ Սիմպտոմատիկ ծայրամասային զարկերակների հիվանդությամբ (PAD) տառապող անդամների համար, որոնք ուղեգիր ունեն պատասխանատու բժշկից՝ հիվանդության բուժման համար: Ինչ է վճարում մեր պլանը. • Մինչև 36 այց՝ 12 շաբաթվա ընթացքում, եթե համապատասխանում եք վարժությունների վերահսկվող թերապիա ստանալու բոլոր պահանջներին: • Ժամանակի ընթացքում ևս 36 այց, եթե բժիշկը դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ համարի: SET պլանը պետք է՝ • PAD-ի համար նախատեսված 30-ից 60 րոպե տևողությամբ թերապևտիկ վարժություններով մարզման պլան՝ արյան վատ շրջանառության պատճառով (կլաուդիկացիա) ոտքերի ջղաձգություն ունեցող անդամների համար: • իվանդանոցային ամբուլատոր պայմաններում կամ բժշկի կաբինետում: • տրամադրվում է որակավորված աշխատողների կողմից, ովքեր հետևում են, որպեսզի օգուտը գերազանցի հնարավոր վնասը և, ովքեր վերապատրաստված են PAD-ի համար նախատեսված թերապևտիկ վարժությունների մատուցման գործում:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:
	Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում	

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Վերահսկվող ֆիզիկական վարժությունների թերապիա (SET) (շարունակություն) • բժշկի, բժշկի օգնականի կամ բուժքրոջ/կլինիկական բուժքրոջ անմիջական հսկողության ներքո, որոնք վերապատրաստում են անցել՝ կենսագործունեության համար անհրաժեշտ հիմնական և առաջադեմ տեխնիկայի օգնությամբ վարժությունների պլան մատուցելու համար:	
	Ոչ շտապ օգնության բժշկական փոխադրումներ **Medicare-ի ծածկույթ՝** Երբ նշանակվում է ցանցի բուժծառայության մատակարարի կողմից, մենք ծածկում ենք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ, ոչ շտապ բժշկական փոխադրումը լիցենզավորված պատգարակով/գուռնիով տրանսպորտային միջոցով կամ անվասայլակով տրանսպորտային միջոցով՝ տուն (պետք է գտնվի 100 մղոնի սահմաններում), հմուտ բուժքույրական խնամքի հաստատություն կամ խնամքի ավելի բարձր մակարդակ ունեցող այլ հաստատություն տեղափոխելու համար՝ անմիջապես հետևյալից հետո՝ • ստացիոնար հոսպիտալացումից հետո, կամ • որոշակի շտապ, անհետաձգելի կամ հիվանդանոցային ամբուլատոր այցերից հետո: **Medi-Cal-ի ծածկույթ՝** Այս նպաստը թույլ է տալիս բժշկական տեղափոխում ձեր պլանի և Medicare-ի կողմից ծածկված ծառայության համար: Սա կարող է ներառել շտապօգնության մեքենայով, պատգարակով տրանսպորտային միջոցով, անվասայլակով տրանսպորտային միջոցով բժշկական փոխադրման ծառայություններ և պարատրանսիտ ծառայությունների հետ համակարգում: Փոխադրամիջոցներից օգտվել թույլատրվում է, երբ՝ • Ձեր առողջական և/կամ ֆիզիկական վիճակը ձեզ թույլ չի տալիս ուղևորություններ կատարել ավտոբուսով, մարդատար մեքենայով, տաքսի մեքենայով կամ հասարակական ու մասնավոր տրանսպորտի այլ միջոցով, **և** **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված բժշկական տեղափոխման ուղեգիր:

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Փոխադրում՝ ոչ շտապ օգնության բժշկական փոխադրումներ (շարունակություն) • պահանջվում է նախնական թույլտվություն, և դուք պետք է զանգահարեք ձեր պլանին՝ ուղևորությունը կազմակերպելու համար Ոչ շտապ բժշկական փոխադրում պահանջելու վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս **3-րդ գլուխը**:	
	Տրանսպորտ. Ոչ բժշկական փոխադրումներ† Այս նպաստով տրամադրվում են դեպի բժշկական հաստատություններ փոխադրման ծառայություններ՝ մարդատար մեքենայով, տաքսի մեքենայով կամ հանրային/մասնավոր այլ փոխադրամիջոցներով: Փոխադրումն անհրաժեշտ է Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված բուժօգնություն ստանալու համար, ներառյալ՝ ատամնաբուժական այցերի և դեղատոմսով դեղեր ստանալու համար: Medi-Cal-ի և Medicare-ի կողմից կրկնակի ապահովագրված ծառայությունների համար տրանսպորտը ծածկված է: Ոչ շտապ բժշկական փոխադրում պահանջելու վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս **3-րդ գլուխը**:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:
	Շտապ անհրաժեշտ խնամք Շտապ անհրաժեշտ խնամքը տրամադրվում է բուժելու՝ • ոչ արտակարգ իրավիճակ, որը սակայն պահանջում է անհապաղ բուժօգնություն, **կամ** • անսպասելի հիվանդություն, **կամ** • վնասվածք, **կամ** • խնդիր, որը պահանջում է անհապաղ բուժօգնություն:	**Գրասենյակ այցելություններ** $0 **Շտապ օգնության բաժանմունք այցելություններ** $0 **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**պետք է յուրաքանչյուր այցի համար **վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝** • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115**
	Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում	

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Շտապ անհրաժեշտ (շարունակություն) Եթե հրատապ անհրաժեշտ խնամքի կարիք ունեք, նախ պետք է փորձեք ստանալ այն ցանցի բուժծառայության մատակարարից: Դուք կարող եք ստանալ անհրաժեշտ անհետաձգելի բուժօգնություն ոչ ցանցի մատակարարներից այն դեպքում, երբ ձեր ժամանակի, գտնվելու վայրի կամ հանգամանքների պատճառով հնարավոր չէ կամ ոչ ողջամիտ է ստանալ ծառայություններ ցանցի մատակարարներից (օրինակ՝ երբ գտնվում եք մեր պլանի ծառայությունների մատուցման տարածքից դուրս և ունենում եք բժշկական առումով անհապաղ անհրաժեշտ օգնության կարիք անսպասելի վիճակի համար, սակայն այն բժշկական արտակարգ իրավիճակ չէ): Դուք իրավունք ունեք հրատապ խնամքի փոխհատուցում ստանալու ամբողջ աշխարհում, երբ ճանապարհորդում եք և անհապաղ բժշկական օգնության կարիք ունեք անկանխատեսելի հիվանդության կամ վնասվածքի պատճառով և ողջամտորեն կարծում եք, որ ձեր առողջական վիճակը լրջորեն կվատթարանա, եթե հետաձգեք բուժումը՝ մինչև վերադառնաք մեր ծառայությունների մատուցման տարածաշրջան:	• South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115**
	Տեսողության խնամք Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • տեսողության տարեկան մեկ պարբերական ստուգում:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ակնաբույժի ուղեգիր:
	Մենք վճարում ենք ամբուլատոր բժշկի ծառայությունների համար՝ աչքի հիվանդությունների և վնասվածքների ախտորոշման և բուժման համար: Օրինակ՝ տարիքային դեղին բծի դեգեներացիայի բուժումը:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ակնաբույժի ուղեգիր: **Ձեր Medi-Cal-ի լիարժեք փոխհատուցումը կորցնելու դեպքում**պետք է յուրաքանչյուր **ակնաբույժի** այցի համար վճարեք ձեր պլանին համապատասխան ստորև նշված գումարը՝ • South P1 – **$0**
	Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում	

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Տեսողության խնամք (շարունակություն)	• South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	Գլաուկոմայի բարձր ռիսկի խմբում գտնվող անձանց համար մենք վճարում ենք գլաուկոմայի մեկ հետազոտության համար ամեն տարի: Գլաուկոմայի բարձր ռիսկի խմբում են գտնվում՝ • գլաուկոմայի ընտանեկան պատմություն ունեցող անձինք: • շաքարախտով հիվանդները: • 50 և ավելի բարձր տարիքի աֆրոամերիկացիները: • 65 և ավելի բարձր տարիքի իսպանախոս ամերիկացիները: Շաքարային դիաբետ ունեցող անձանց համար մենք վճարում ենք դիաբետիկ ռետինոպաթիայի սկրինինգային հետազոտության համար՝ տարեկան մեկ անգամ:	$0 Հյուսիսային Կալիֆոռնիայի անդամներ, խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Կատարակտի վիրահատությունից հետո տեսողական միջոցներ. Մենք վճարում ենք հետևյալի համար՝ • Մենք վճարում ենք մեկ ակնոցի կամ մեկ զույգ կոնտակտային ոսպնյակի համար կատարակտի յուրաքանչյուր վիրահատությունից հետո, երբ բժիշկը ներակնային ոսպնյակ է տեղադրում: • Եթե կատարակտի երկու առանձին վիրահատություն եք ունեցել, ապա յուրաքանչյուր վիրահատությունից հետո դուք պետք է ստանաք մեկական ակնոց: Երկրորդ վիրահատությունից հետո դուք չեք կարող երկու զույգ ակնոց ստանալ, նույնիսկ եթե առաջին վիրահատությունից հետո զույգ ակնոց չեք ստացել: • Առանց ոսպնյակի իմպլանտի կատարակտի վիրահատությունից հետո անհրաժեշտ են ուղղիչ ոսպնյակներ/շրջանակներ (և փոխարինման մասեր):	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: **Ուշադրություն.** Եթե ձեր գնած ակնոցն արժե ավելին, քան Medicare-ն է փոխհատուցում, տարբերությունը դուք եք վճարելու:
	Ակնոցներ և կոնտակտային ոսպնյակներ. Ամեն 12 ամիսը մեկ մենք տրամադրում ենք նպաստ, որը կարող եք օգտագործել պլանի օպտիկայի խանութից ակնոցներ գնելու համար, եթե բժիշկը կամ ակնաբույժը տեսողության շտկման համար ձեզ նշանակել է ակնոց կամ կոնտակտային ոսպնյակ: Նպաստը կարելի է օգտագործել հետևյալ պարագաների ձեռքբերման համար՝ • Ակնոցի ոսպնյակներ, երբ ցանցի ծառայություններ մատուցողը տրամադրում է շրջանակի մեջ ոսպնյակ դնելու ծառայություններ: • Ակնոցի շրջանակներ, երբ ցանցի ծառայություններ մատուցողը տրամադրում է շրջանակի մեջ երկու ոսպնյակ դնելու ծառայություններ (որոնցից առնվազն մեկը պետք է ունենա բեկման հատկություն): • Կոնտակտային ոսպնյակներ, հարմարեցում և տեղադրում: Մենք չենք տրամադրի նպաստը, եթե նախորդ 12 ամսվա ընթացքում ոսպնյակների կամ շրջանակների համար արդեն նպաստ ենք տրամադրել (կամ այլ կերպ փոխհատուցել): **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: Դուք վճարում եք $0՝ մինչև ձեր պլանով սահմանված եռամսյակային նպաստի չափը՝ • South P1 – **$350** • South P6 – **$400** • South P7 – **$500** • South P9 – **$500** • South P10 – **$500** • South P11 – **$500** • North P2 – **$350** • North P16 – **$350** • North P17 – **$350** • North P18 – **$350** • North P19 – **$350** • North P20 – **$350** • North P21 – **$350** • North P22 – **$350** • North P23 – **$350**

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Տեսողության խնամք (շարունակություն) Նպաստը կարող է իրացվել միայն վաճառքի սկզբնական կետում: Եթե դուք չօգտագործեք ձեր ամբողջ նպաստը վաճառքի սկզբնական կետում, ապա հետագայում այն չեք կարողանա օգտագործել:	• North P24 – **$350** • North P25 – **$350** Եթե ձեր գնած տեսողական միջոցների արժեքը գերազանցում է ձեր ծրագրով նախատեսված նպաստի գումարը, **դուք վճարում եք տարբերությունը:**
	Ոսպնյակների փոխարինում. Եթե 12 ամսվա մեջ վաճառքի սկզբնական կետից մեր արտոնությամբ ձեռք բերված (կամ այլ կերպ փոխհատուցված) ակնոցը կամ կոնտակտային ոսպնյակը կրելու ընթացքում ձեր մեկ կամ երկու աչքում տեսողության առնվազն 50 դիոպտր փոփոխություն է նկատվում, մենք կտրամադրենք նպաստ՝ նույն տեսակի փոխարինվող ապրանքի գումարի չափով (ակնոցի ոսպնյակ կամ կոնտակտային ոսպնյակ, հարմարեցում և տեղադրում)՝ տեսողության 50 դիոպտր փոփոխություն ունեցող աչքի համար: Այս փոխարինող ոսպնյակներից մեկի համար տրամադրվող նպաստը կազմում է **$30** մեկֆոկուս ակնոցի ոսպնյակի կամ կոնտակտային ոսպնյակի համար (ներառյալ հարմարեցումը և տրամադրումը), և **$45** բազմաֆոկուս կամ լինտիկուլյար ակնոցի ոսպնյակի համար:	Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: Եթե ձեր գնած ոսպնյակի արժեքը գերազանցում է մեկֆոկուս ոսպնյակի համար նախատեսված **$30** կամ բազմաֆոկուս կամ լինտիկուլյար ակնոցի ոսպնյակի համար նախատեսված **$45** նպաստը, **դուք վճարում եք նպաստի գումարը գերազանցող մասը:**
	Հատուկ կոնտակտային ոսպնյակներ. Մենք փոխհատուցում ենք հետևյալ հատուկ կոնտակտային ոսպնյակների համար, երբ դրանք նշանակվում են ցանցի բժշկի կամ ցանցի օպտոմետրիստի կողմից՝ • Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ մինչև երկու կոնտակտային ոսպնյակ, հարմարեցում և տեղադրում՝ յուրաքանչյուր աչքի համար՝ 12 ամիսը մեկ՝ անիրիդիայի (ծիածանաթաղանթի բացակայություն) բուժման համար: **Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում**	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Տեսողության խնամք (շարունակություն) • Եթե կոնտակտային ոսպնյակները (բացի անիրիդիայի համար նախատեսված կոնտակտային ոսպնյակներից) զգալիորեն կբարելավեն ձեր տեսողությունը, ինչն ակնոցների ոսպնյակները չեն կարող ապահովել, մենք կփոխհատուցենք կա՛մ մեկ զույգ կոնտակտային ոսպնյակի համար (ներառյալ հարմարեցումը և տեղադրումը), կա՛մ մեկանգամյա օգտագործման կոնտակտային ոսպնյակների սկզբնական ապահովման համար (ներառյալ հարմարեցումը և տեղադրումը) ոչ ավելի, քան 12 ամիսը մեկ անգամ: • Այնուամենայնիվ, մենք չենք փոխհատուցի որևէ կոնտակտային ոսպնյակի համար, եթե նախորդ 12 ամիսների ընթացքում տրամադրել ենք կոնտակտային ոսպնյակներ (կամ այլ կերպ փոխհատուցել)՝ բացառությամբ անիրիդիայի համար փոխհատուցվող կոնտակտային ոսպնյակների:	
	Medi-Cal-ի ծածկույթով ակնոցի ոսպնյակներ. Ամբողջական ակնոց (շրջանակ և ոսպնյակներ). Medi-Cal-ը ծածկում է մեկ ամբողջական զույգ ակնոց 24 ամիսը մեկ՝ առնվազն 0.75 դիոպտր ուժ ունեցող վավեր դեղատոմսի առկայության դեպքում: **Ակնոցի ոսպնյակներ.** Մենք կպատվիրենք նոր կամ փոխարինող ակնոց Ձեզ համար Առողջապահական խնամքի ծառայությունների բաժնի (Department of Health Care Services, DHCS) ակնոցների վաճառողից: Եթե DHCS-ի վաճառողը չի կարող ձեզ անհրաժեշտ տեսապակիներ տրամադրել, ապա մենք կկազմակերպենք ձեր տեսապակիների պատրաստումը մեկ այլ օպտիկական լաբորատորիայում: Դուք ավելի չեք վճարի, եթե մենք կազմակերպենք դա, քանի որ DHCS-ի վաճառողը չի կարողանում ձեզ ակնոցի տեսապակիներ տրամադրել: Եթե դուք ակնոցի տեսապակիներ կամ հատկանիշներ եք ցանկանում, որոնք ապահովագրված չեն Medi-Cal-ի կողմից, ապա ինքներդ պետք է վճարեք դրանց համար: **Ակնոցի շրջանակներ.** Մենք ապահովագրում ենք նոր կամ փոխարինող շրջանակներ, որոնց արժեքն է **$80** կամ ավելի քիչ: Եթե դուք **$80**-ից թանկ շրջանակ ընտրեք, ապա պետք է վճարեք **$80**-ի և շրջանակի գնի տարբերությունը:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր: Եթե դուք ակնոցի տեսապակիներ կամ հատկանիշներ եք ցանկանում, որոնք ապահովագրված չեն Medi-Cal-ի **կողմից, ապա ինքներդ պետք է վճարեք դրանց համար**:

Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	Տեսողության խնամք (շարունակություն) **Ակնոցների փոխարինում 24 ամսվա ընթացքում.** Եթե ձեր դեղատոմսը փոխվել է առնվազն 0.50 դիոպտրիայով կամ ձեր ակնոցները կորել, գողացվել կամ կոտրվել են (և դրանք հնարավոր չէ վերանորոգել), և դա ձեր մեղքով չի եղել: Դուք պետք է մեզ գրություն տաք այն մասին, թե ինչպես է ձեր ակնոցը կորել, գողացվել կամ կոտրվել: Նոր շրջանակը նույն տեսակի կլինի, ինչ հինը (մինչև **$80** արժողությամբ), եթե ակնոցը ստանալուց հետո դեռ 24 ամիս չի անցել	
	Ցածր տեսողության համար նախատեսված սարքեր. Ցածր տեսողության սարքերն ապահովագրվում են Medi-Cal-ի կողմից, եթե բավարարվում են հետևյալ պայմանները. • Տեսողության լավագույն շտկած սրությունը կազմում է 20/60 կամ ավելի վատ լավ աչքում, կամ որևէ աչքի տեսադաշտը ֆիքսված կետից սահմանափակվում է 10 աստիճանով կամ պակաս: • Նորմայից ցածր տեսողության պատճառ հանդիսացող հիվանդությունը քրոնիկ է և չի բուժվում դեղորայքային կամ վիրահատական միջոցներով • Ստացողի ֆիզիկական և հոգեկան վիճակն այնպիսին է, որ ողջամտորեն հավանական է, որ օժանդակ սարքի օգտագործումը կբարելավվի իր առօրյա կյանքը Ապահովագրությունը սահմանափակված է Անդամի կարիքները բավարարող ամենաէժան սարքով: Medi-Cal-ի ապահովագրումը չի ներառում էլեկտրոնային խոշորացման սարքեր, ինչպես նաև աչքի հետ օգտագործվող տեսապակի չպարունակող սարքեր:	$0 Խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ստացեք ուղեգիր:

Փոխհատուցվող ծառայություն		Ինչ եք դուք վճարում
	«Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այց Մենք ծածկում ենք մեկանգամյա «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցը: Այս այցի մեջ մտնում է՝ • ձեր առողջության ստուգումը, • իրազեկում և խորհրդատվություն ձեզ անհրաժեշտ պրոֆիլակտիկ ծառայությունների վերաբերյալ (ներառյալ՝ բուժզննումները և պատվաստումները), **և** • այլ բուժօգնության հետ կապված ուղեգրեր, եթե դրա կարիքն ունեք: **Ուշադրություն.** Մենք փոխհատուցում ենք «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցը միայն առաջին 12 ամիսների ընթացքում, երբ դուք ունեք Medicare Մաս B: Ձեր այցը պայմանավորվելու համար տեղեկացրեք ձեր բժշկի գրասենյակին, որ ցանկանում եք պլանավորել ձեր «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցը:	$0

E. Համայնքի աջակցություն

Դուք կարող եք ստանալ աջակցություն՝ ձեր անհատականացված խնամքի ծրագրի շրջանակներում: Համայնքային աջակցության պլանը բժշկական տեսանկյունից համապատասխան և ծախսարդյունավետ այլընտրանքային ծառայություններ կամ կարգավորումներ են, որոնք ընդգրկված են Medi-Cal պետական պլանով: Այս ծառայությունները կամընտրովի են անդամների համար: Եթե այս ծառայությունները ձեզ հասնում են, դրանք կօգնեն ձեզ ապրել ավելի անկախ: Դրանք չեն փոխարինում այն նպաստները, որոնք դուք արդեն ստանում եք Medi-Cal-ի շրջանակներում:

Ստորև ներկայացված են Համայնքային աջակցության ծառայությունների օրինակներ: Դրանք հասանելի չեն բոլոր տարածքներում: Ոչ բոլոր անդամները կարող են օգտվել Համայնքային աջակցության ծրագրից: Դրա համար դուք պետք է համապատասխանեք հատուկ չափանիշներին:

Համայնքային աջակցություն	**Նկարագիր**	**Ով կարող է իրավասու լինել**
Օժանդակ կենսապահովման հաստատության (ALF) անցումային	Այս ծառայություններն օգնում են անհատներին ապրել համայնքում և/կամ խուսափել ծերերի հաստատություններում նրանց բնակությունից: Ծառայության նպատակն է հեշտացնել ծերանոցից անցումը	Անդամներ, ովքեր՝ • 60+ օր ապրել եք ծերանոցում և ցանկանում եք տեղափոխվել խնամքի կենտրոն (ALF) և կարող

Համայնքային աջակցություն	Նկարագիր	Ով կարող է իրավասու լինել
	դեպի տնային և համայնքային միջավայր կամ կանխել ընդունումը ծերանոց այն շահառուների համար, ովքեր այդպիսի հաստատությունում տեղավորվելու անմիջական կարիք ունեն:	եք անվտանգ ապրել ALF-ում, **կամ** • Ապրում եք համայնքում, ցանկանում եք մնալ համայնքում, կարող եք անվտանգ ապրել ALF-ում և կարիք ունեք ծերանոցի մակարդակի խնամքի, բայց նախընտրում եք այդ ծառայությունները ստանալ ALF-ում՝ ծերանոց տեղափոխվելու փոխարեն:
Ասթմայի վերականգնում	Սա ներառում է տնային միջավայրի ֆիզիկական փոփոխություններ, որոնք անհրաժեշտ են անհատի առողջությունը, բարեկեցությունը և անվտանգությունն ապահովելու կամ անհատին տանը ապրելու հնարավորություն տալու համար՝ նվազեցնելով սուր ասթմայի դրվագներ ունենալու հավանականությունը:	Անդամներ, ովքեր վերջին 12 ամիսների ընթացքում ավարտել են տնային միջավայրի ազդեցության գնահատում՝ Ասթմայի կանխարգելիչ ծառայությունների (APS) նպաստի միջոցով, ինչպես նկարագրված է Նպաստների աղյուսակում:
Դեպի համայնք կամ տուն փոխադրման ծառայություններ	Սա ներառում է չկրկնվող ծախսերի կազմակերպում այն անհատների համար, որոնք անցնում են վկայագրված հաստատությունից անհատական բնակարանում բնակվելու պայմանների, որտեղ անձը պատասխանատու է իր ապրուստի ծախսերի համար:	Անդամներ, ովքեր՝ • ներկայումս ստանում են բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ծերանոցի մակարդակի խնամք և ընտրում են փոխադրվել տուն կամ շարունակել ստանալ այդ խնամքը **և** • բնակվել են 60+ օր **ծերանոցում** • Հետաքրքրված են հետ տուն տեղափոխվելով, **և**

Համայնքային աջակցություն	Նկարագիր	Ով կարող է իրավասու լինել
		• Կարող են անվտանգ բնակվել համայնքում՝ համապատասխան և ծախսարդյունավետ աջակցության և ծառայությունների միջոցով:
Ցերեկային վերականգնողական ծառայություններ	Այս ծառայությունները տրամադրվում են անհատի տանը կամ տնից դուրս, ոչ հաստատությունում: Ցերեկային հաբիլիտացիայի ծրագրերը մշակված են անհատին օգնելու ձեռք բերել, պահպանել և բարելավել ինքնօգնության, սոցիալականացման և հարմարվողական հմտությունները, որոնք անհրաժեշտ են անձի բնական միջավայրում հաջողությամբ ապրելու համար:	Անդամներ, ովքեր՝ • անօթևան են, **կամ** • այլևս անօթևան չեն և տեղափոխվել են բնակավայր վերջին 24 ամսվա, **կամ** • անօթևանության կամ հաստատություն ընկնելու բարձր վտանգի տակ են, և նրանց բնակության կայունությունը կարող է բարելավվել ցերեկային հաբիլիտացիայի ծրագրի միջոցով
Միջավայրի մատչելիության հարմարեցումներ (տան փոփոխություններ)	Այս ծառայությունները ներառում են ֆիզիկական հարմարեցումներ տան համար, որոնք անհրաժեշտ են անհատի առողջությունը, բարեկեցությունը և անվտանգությունը երաշխավորելու համար, կամ օգնելու անհատին գործել տանն ավելի անկախ, առանց որի մասնակցին պետք կլինի տեղավորել հաստատություն:	Անդամներ, որոնք բուժքույրական հաստատություն տեղավորվելու վտանգի տակ են:

Համայնքային աջակցություն	Նկարագիր	Ով կարող է իրավասու լինել
Բնակավայրի ավանդներ	Այս ծառայություններն օգնում են որոշել, համակարգել, գտնել կամ ֆինանսավորել մեկանգամյա ծառայություններ կամ փոփոխություններ, որոնք անհրաժեշտ են, որպեսզի անձը հասարակ կենցաղ ստեղծի, որը չի ներառում կացարանի և սնունդի վճարների ապահովում:	Անդամներ, ովքեր՝ • համապատասխանում են Բնակեցում և քաղաքային զարգացում (HUD) ծրագրի անօթևանության սահմանմանը կամ անօթևանության վտանգի տակ են, **կամ** • որոշվել է, որ իրավասու են օգտվել անցումային վարձավճարի ծառայություններից, **կամ** • անդամները, որոնց առաջնահերթություն է տրվում մշտական աջակցող բնակարանի կամ վարձակալության սուբսիդավորման ռեսուրսի համար տեղական անօթևանների համակարգված մուտքի համակարգի կամ նմանատիպ համակարգի միջոցով, նույնպես իրավասու են օգտվել բնակարանային ծառայություններից:
Բնակավայրի վարձակալություն և պահպանման ծառայություններ	Այս ծառայությունները տրամադրում են վարձակալության և պահպանման ծառայություններ, որպեսզի պահպանեն ապահով և կայուն բնակավայր, երբ այն արդեն կազմակերպվել է:	Անդամներ, ովքեր՝ • համապատասխանում են Բնակեցում և քաղաքային զարգացում (Housing and Urban Development, HUD) ծրագրի անօթևանության սահմանմանը կամ անօթևանության վտանգի տակ են, **կամ**

Համայնքային աջակցություն	Նկարագիր	Ով կարող է իրավասու լինել
		• որոշվել է, որ իրավասու են օգտվել անցումային վարձավճարի ծառայություններից, **կամ** • անդամները, որոնց առաջնահերթություն է տրվում մշտական աջակցող բնակարանի կամ վարձակալության սուբսիդավորման ռեսուրսի համար տեղական անօթևանների համակարգված մուտքի համակարգի կամ նմանատիպ համակարգի միջոցով
Բնակավայրի անցման/նավարկման ծառայություններ	Այս ծառայություններն օգնում են նպաստառուներին բնակավայր ստանալ, ներառյալ՝ վարձակալի զննում և բնակավայրի գնահատում, անհատականացված բնակեցման աջակցության պլան և բնակավայրի ապահովում:	Անդամներ, ովքեր՝ • համապատասխանում են Բնակեցում և քաղաքային զարգացում (HUD) ծրագրի անօթևանության սահմանմանը կամ անօթևանության վտանգի տակ են, **կամ** • որոշվել է, որ իրավասու են օգտվել անցումային վարձավճարի ծառայություններից, **կամ** • անդամները, որոնց առաջնահերթություն է տրվում մշտական աջակցող բնակարանի կամ վարձակալության սուբսիդավորման ռեսուրսի համար տեղական անօթևանների համակարգված մուտքի համակարգի կամ նմանատիպ համակարգի

Համայնքային աջակցություն	Նկարագիր	Ով կարող է իրավասու լինել
		միջոցով, նույնպես իրավասու են օգտվել բնակարանային ծառայություններից:
Բժշկական հիմունքով սնունդ/բժշկական տեսանկյունից հարկավոր կերակուրներ	Այս ծառայությունները ներառում են 1) բժշկականորեն մշակված կերակուրներ, որոնք տրամադրվում են անդամին իր տանը և համապատասխանում են նրա յուրահատուկ սննդակարգի կարիքների՝ հաշվի առնելով իր քրոնիկ հիվանդությունները, ու մշակված են սննդակարգի վկայագրված մասնագետի կողմից, և/կամ 2) բժշկականորեն աջակցող սնունդ և սնուցման ծառայություններ:	Անդամներ, ովքեր ունեն լուրջ կամ քրոնիկ առողջական խնդիրներ, որոնք կապված են սննդի նկատմամբ զգայունության հետ:
Անձնական խնամքի և տանտնտեսի ծառայություններ	Այս ծառայություններն օգնում են առօրյա կյանքի գործունեության (Activities of Daily Living, «ADL») և Առօրյա կյանքի կարևոր գործունեության (Instrumental Activities of Daily Living, «IADL») հարցերում:	Անդամներ, ովքեր՝ • հոսպիտալացման կամ ծերանոց տեղավորվելու վտանգի տակ են, **կամ** • ունեն հաշմանդամություն և չունեն համապատասխան աջակցության համակարգ, **կամ** • հաստատված են Տնային աջակից ծառայություններ ստանալու համար

Համայնքային աջակցություն	Նկարագիր	Ով կարող է իրավասու լինել
Վերականգնողական խնամք (բժշկական հանգիստ)	Այս ծառայությունները ներառում են կարճատև բնակելու հաստատության խնամք այն անհատների համար, որոնք այլևս հոսպիտալացում չի պահանջվում, սակայն նրանք դեռ ապաքինվում են վնասվածքից կամ հիվանդությունից, և ում վիճակը կվատթարանա անկայուն կյանքի միջավայրում:	Անդամներ, ովքեր՝ • վնասվածքից կամ հիվանդությունից ապաքինվելու համար նրանց անհրաժեշտ է վերականգնում, **և** • համապատասխանում են HUD անօթևանության սահմանմանը կամ անօթևանության վտանգի տակ են
Խնամակալի հանգստի ծառայություններ	Այս ծառայությունները տրամադրվում են կարճաժամկետ հիմունքով, քանի որ խնամք տրամադրող և/կամ վերահսկող անհատները պետք է բացակայեն կամ արձակուրդ գնան: Այս ծառայությունները ոչ բժշկական բնույթի են: Այս ծառայությունը տարբերվում է խնամողի կարճատև բժշկական փոխարինումից/ռեկուպերատիվ խնամքից, և հանգիստ է տրամադրում միայն խնամակալի համար:	Անդամներ, ովքեր ապրում են համայնքում և խոչընդոտներ ունեն իրենց առօրյա կենսագործունեության մեջ («ADL») և կախված են որակավորված խնամակալից, որը աջակցություն է տրամադրում և խնամակալին տրամադրվող հանգիստ ապահովող օգնության կարիք ունեն՝ անդամին հաստատությունում տեղավորելուց խուսափելու համար:
Սթափեցման կենտրոններ	Այս վայրերը ծառայում են որպես այլընտրանքային վայրեր այն անհատների համար, որոնց գտել են հարբած վիճակում, և որոնք հակառակ դեպքում կտեղափոխվեին շտապ օգնության բաժանմունք կամ բանտ: Սթափեցման կենտրոնները տրամադրում են այս անձանց, մասնավորապես անօթևաններին և անկայուն կյանքի իրավիճակներում	Անդամներ, ովքեր՝ • 18 տարեկան են կամ ավելի բարձր տարիքի, **կամ** • հարբած են, բայց գիտակից վիճակում, համագործակցող, կարող են քայլել, չեն ցուցաբերում բռնություն և չունեն որևէ բժշկական սթրես (ներառյալ

Համայնքային աջակցություն	Նկարագիր	Ով կարող է իրավասու լինել
	գտնվողներին, ապահով, աջակից միջավայր, որտեղ կարող են սթափվել:	կյանքին սպառնացող ախտանիշներ կամ ակնհայտ թաքնված ախտանիշներ), **և** • հակառակ դեպքում կտեղափոխվեին շտապ օգնության բաժանմունք կամ բանտ, **կամ** • եկել են շտապ օգնության բաժանմունք և համապատասխանում են Սթափեցման կենտրոն տեղափոխվելու պահանջներին:
Անցումային վարձավճար	Մինչև 6 ամիս վարձավճարի աջակցություն՝ ժամանակավոր կամ մշտական բնակության վայրերում:	Անդամներ, ովքեր՝ • նրանց մոտ առկա է մեկ կամ ավելի համապատասխանող կլինիկական ռիսկի գործոններ, **և** • համապատասխանում են HUD անօթևանության սահմանմանը կամ անօթևանության վտանգի տակ են, **և** • փոխադրվում են երկու որակավորված պայմաններից որևէ մեկից՝ ○ փոխադրվում են հաստատությունից կամ համատեղ բնակության միջավայրից դուրս գալը

Համայնքային աջակցություն	Նկարագիր	Ով կարող է իրավասու լինել
		○ փոխադրվում են բանտային միջավայրից դուրս գալը

Եթե օգնության կարիք ունեք կամ ցանկանում եք պարզել, թե որ Համայնքի Աջակցությունը կարող է հասանելի լինել ձեզ համար, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-443-0815 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, կամ զրուցեք ձեր խնամքի համակարգողի հետ:

F. Մեր պլանից դուրս փոխհատուցվող նպաստներ

Մեր պլանը չի փոխհատուցում հետևյալ ծառայությունների համար, սակայն դրանք հասանելի են Medi-Cal-ի վճարովի ծառայությունների շրջանակում:

F1. Կալիֆոռնիայի համայնքային անցումներ (CCT)

Կալիֆոռնիայի համայնքային անցումների (CCT) պլանը տեղական առաջատար կազմակերպությունների միջոցով օգնում է իրավասու Medi-Cal-ի շահառուներին, ովքեր առնվազն 60 անընդմեջ օր ապրել են ստացիոնար հաստատությունում, վերադառնալ համայնքային միջավայր և այնտեղ անվտանգ մնալ: CCT պլանը ֆինանսավորում է անցման համակարգման ծառայությունները՝ անցումից առաջ և անցումից հետո 365 օրվա ընթացքում՝ շահառուներին համայնքային միջավայր վերադառնալու հարցում աջակցելու համար:

Դուք կարող եք անցման համակարգման ծառայություններ ստանալ ձեր բնակության շրջանը սպասարկող ցանկացած CCT առաջատար կազմակերպությունից: CCT առաջատար կազմակերպությունների և նրանց կողմից սպասարկվող շրջանների ցանկը կարող եք գտնել Առողջապահական ծառայությունների վարչության (DHCS) կայքում՝՝ www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT:

CCT-ի անցման համակարգման ծառայությունների համար

Medi-Cal-ը վճարում է անցման համակարգման ծառայությունների համար: Դուք ոչինչ չենք վճարում այդ ծառայությունների համար:

Ձեր CCT անցման հետ չկապված ծառայությունների համար

Բուժծառայություններ մատուցողը ձեզ մատուցած ծառայությունների համար հաշիվ է ներկայացնում Medicare-ին: Մեր պլանը վճարում է այն ծառայությունների համար, որոնք մատուցվել են ձեր ադապտացիոն շրջանից հետո: Դուք ոչինչ չենք վճարում այդ ծառայությունների համար:

CCT-ի անցման համակարգման ծառայություններ ստանալու ընթացքում մենք վճարում ենք **D բաժնի** Նպաստների աղյուսակում նշված ծառայությունների համար:

Դեղերի ծածկույթի նպաստի փոփոխություն չկա

CCT պլանը չի փոխհատուցում դեղերը: Դուք շարունակում եք ստանալ ձեր պլանով նախատեսված դեղերի սովորական նպաստը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 5**-ը

Ուշադրություն. Եթե ձեզ անհրաժեշտ է ոչ CCT-ի կողմից տրամադրվող աղապտացման ծառայություններ, զանգահարեք ձեր խնամքի համակարգողին՝ ծառայությունները կազմակերպելու համար: CCT-ին չվերաբերող անցումային խնամքը խնամքն է, որը կապված **չէ** հաստատությունից կամ որևէ այլ հաստատությունից ձեր տեղափոխվելու հետ:

F2. Medi-Cal Dental

Որոշ ատամնաբուժական ծառայություններ հասանելի են Medi-Cal Dental-ի միջոցով: Լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել smilecalifornia.org կայքում: Medi-Cal Dental-ը ներառում է, բայց չի սահմանափակվում դրանով, այնպիսի ծառայություններ, ինչպիսիք են.

- սկզբնական ստուգումներ, ռենտգեն, մաքրումներ և ֆտորով մշակումներ
- ատամի վերականգնում և ատամնապսակներ
- արմատախողովակների բուժում
- մասնակի և ամբողջական պրոթեզներ, կորեկցիա, վերանորոգում և վերահենքավորում

Medi-Cal Dental-ում հասանելի ատամնաբուժական նպաստների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ Medi-Cal ծրագրով աշխատող ատամնաբույժ գտնելու հարցում օգնության համար, կապվեք հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ՝ 1-800-322-6384 հեռախոսահամարով (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-735-2922 հեռախոսահամարով): Այս զանգն անվճար է: Medi-Cal Dental ծառայությունների ծրագրի աշխատողները պատրաստ են ձեզ օգնել երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից մինչև 5:00p.m-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք նաև այցելել smilecalifornia.org կայքը:

Սակրամենտոյի և Լոս Անջելեսի շրջաններում կարող եք Medi-Cal-ի ատամնաբուժական նպաստներ ստանալ Ատամնաբուժական կառավարվող խնամքի (Dental MC) ծրագրի միջոցով: Եթե ցանկանում եք ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ Medi-Cal-ի ատամնաբուժական պլանների վերաբերյալ կամ ցանկանում եք փոխել ատամնաբուժական պլանները, կապ հաստատեք Health Care Options-ի գրասենյակի հետ՝ 1-800-430-4263 հեռախոսահամարով (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով) երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8:00-ից մինչև 6:00p.m-ը: Dental MC-ի կոնտակտային տվյալները նույնպես հասանելի են այստեղ՝ www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx:

F3. Տնային աջակցության ծառայություններ (IHSS)

- IHSS պլանը կօգնի վճարել գրանցված խնամքի մատակարարներին ձեզ մատուցվող ծառայությունների համար, որպեսզի կարողանաք ապահով մնալ ձեր սեփական տանը: IHSS-ը տանից դուրս խնամքի այլընտրանք է, ինչպես օրինակ՝ ծերանոցները կամ գիշերօթիկ և խնամքի հաստատությունները:

- Ծառայություններ ստանալու համար անցկացվում է գնահատում՝ որոշելու համար, թե յուրաքանչյուր մասնակցի համար ինչ տեսակի ծառայություններ կարող են թույլատրվել՝ հիմնվելով նրանց կարիքների վրա: IHSS ծրագրով թույլատրվող ծառայությունների տեսակներն են՝ տան մաքրություն, ճաշի պատրաստում, լվացք, մթերքի գնում, անձնական խնամքի ծառայություններ (օրինակ՝ աղիքների և միզապարկի խնամք, լոգանք, հարդարանք և բուժօգնություն), բժշկական հանդիպումներին ուղեկցելը և մտավոր խնդիրներ ունեցողների պաշտպանական հսկողությունը:

- Ձեր խնամքի համակարգողը կարող է օգնել ձեզ դիմել IHSS-ի համար ձեր վարչաշրջանի սոցիալական ծառայության գործակալություն: Ձեր շրջանի կոնտակտային տվյալները կարող եք գտնել **2-րդ գլխի «I» բաժնում** կամ https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices կայքում:

F4. 1915(c) Տնային և համայնքային (HCBS) հրաժարման ծառայություններից հրաժարման ծրագրեր

Աջակից ապրելակերպի հրաժարում (Assisted Living Waiver, «ALW»)

- ALW պլանը Medi-Cal-ի իրավասու շահառուներին առաջարկում է աջակցվող բնակավայրում բնակվելու ընտրություն՝ որպես ծերերի հաստատությունում երկարատև բնակության այլընտրանք: ALW-ի նպատակն է հեշտացնել ծերերի հաստատությունից անցումը դեպի տնային և համայնքային միջավայր կամ կանխել ընդունելությունը ծերերի հաստատություն այն շահառուների համար, ովքեր այդպիսի հաստատությունում տեղավորվելու անմիջական կարիք ունեն:

- Այն անդամները, որոնք ընդգրկված են ALW-ում, կարող են մնալ ALW-ում ընդգրկված՝ միաժամանակ ստանալով մեր պլանով նախատեսված նպաստները: Մեր պլանը համագործակցում է ձեր ALW խնամքի համակարգող գործակալության հետ՝ ձեր ստացած ծառայությունները համակարգելու համար:

- ALW-ն ներկայումս հասանելի է միայն հետևյալ շրջաններում՝ Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara և Sonoma

- Ձեր խնամքի համակարգողը կօգնի ձեզ ALW դիմելու հարցում: ALW-ի խնամքի համակարգման գործակալությունների ցանկը կարող եք գտնել հետևյալ կայքում՝ https://www.dhcs.ca.gov/services/long-term-care-alternatives-home-and-community-based-service-options/participating-care-coordination-agencies/

Զարգացման հաշմանդամություններ ունեցող Կալիֆոռնիայի բնակիչների HCBS հրաժարում (HCBS-DD)

Կալիֆոռնիայի Ինքնաորոշման պլան (Self-Determination Program, SDP) հրաժարում Զարգացման հաշմանդամություններ ունեցող անձանց համար

- Գոյություն ունեն 1915(c) երկու հրաժարման ծրագրեր՝ HCBS-DD և SDPը, որոնք ծառայություններ են մատուցում այն մարդկանց, ում մոտ ախտորոշվել է զարգացման հաշմանդամություն, որը սկսվում է մինչև անհատի ծննդյան 18-ամյակը և ակնկալվում է, որ այն կշարունակվի անորոշ ժամանակով: Երկու ծրագրերն էլ որոշակի ծառայություններ ֆինանսավորելու միջոցներ են, որոնք թույլ են տալիս զարգացման հաշմանդամություն ունեցող անձանց ապրել տանը կամ համայնքում, այլ ոչ թե բնակվել լիցենզավորված առողջապահական հաստատությունում: Այս ծառայությունների ծախսերը համատեղ ֆինանսավորվում են դաշնային կառավարության Medicaid ծրագրի և Կալիֆոռնիայի նահանգի կողմից: Ձեր խնամքի համակարգողը կարող է օգնել ձեզ մասնակցելու DD հրաժարման ծառայություններին:

Տան և համայնքի հիմունքով այլընտրանքների (Home and Community-Based Alternatives, «HCBA») հրաժարում

- HCBA պլանը խնամքի կառավարման ծառայություններ է տրամադրում ծերանոցում կամ տարեցների հաստատությունում տեղավորման ռիսկի տակ գտնվող անձանց: Խնամքի կառավարման ծառայությունները տրամադրվում են բազմապլան խնամքի կառավարման թիմի կողմից, որը բաղկացած է բուժքույրից և սոցիալական աշխատողից: Թիմը համակարգում է հրաժարման և պետական պլանի ծառայությունները (օրինակ՝ բժշկական, հոգեկան առողջություն, տնային աջակցության ծառայություններ և այլն) և կազմակերպում է տեղական համայնքում հասանելի այլ երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն: Խնամքի կառավարումը և հրաժարման ծառայությունները տրամադրվում են մասնակցի համայնքային բնակավայրում: Այդ բնակավայրը կարող է լինել մասնավոր սեփականություն՝ ապահովված վարձակալության պայմանագրով, կամ մասնակցի ընտանիքի անդամի բնակության վայրը:

- Այն անդամները, որոնք գրանցված են HCBA-ում կարող են մնալ HCBA-ում՝ միաժամանակ ստանալով մեր պլանի կողմից տրամադրված նպաստները: Մեր պլանը համագործակցում է ձեր HCBA խնամքից հրաժարման գործակալության հետ՝ ձեր ստացած ծառայությունները համակարգելու նպատակով:

- Ձեր խնամքի համակարգողը կօգնի ձեզ ALW դիմելու հարցում: HCBA Waiver-ի գործակալությունների ցանկը կարող եք գտնել հետևյալ կայքում՝ «Տնային և համայնքային այլընտրանքների Waiver» | DHCS:

Medi-Cal Waiver պլան (MCWP)

- Medi-Cal Waiver պլանը (MCWP) տրամադրում է համապարփակ դեպքի կառավարում և անմիջական խնամքի ծառայություններ ՄԻԱՎ-ով ապրող անձանց՝ որպես հմուտ բուժքույրական խնամքի հաստատությունում խնամքի կամ հոսպիտալացման այլընտրանք: Գործի կառավարումը մասնակցի վրա կենտրոնացած, թիմային մոտեցում է, որին մասնակցում են դիպլոմավորված բուժքույրը և սոցիալական աշխատանքի ղեկավարը: Գործի մենեջերները աշխատում են մասնակցի և առաջնային խնամքի մատակարարների, ընտանիքի, խնամակալների և այլ ծառայություններ մատուցողների հետ՝ խնամքի կարիքները գնահատելու համար, որպեսզի մասնակիցն իր տանը մնա՝ իր համայնքում:

- MCWP-ի նպատակներն են՝ (1) տրամադրել տնային և համայնքային ծառայություններ ՄԻԱՎ-ով վարակված անձանց, որոնց համար հակառակ դեպքում կարող են պահանջվել ինստիտուցիոնալ ծառայություններ, (2) աջակցել մասնակիցներին ՄԻԱՎ-ով առողջության կառավարման հարցում, (3) բարելավել սոցիալական և հոգեկան առողջության աջակցության հասանելիությունը և (4) համակարգել ծառայություններ մատուցողներին և վերացնել ծառայությունների կրկնօրինակումը:

- Այն անդամները, որոնք գրանցված են MCWP-ում կարող են մնալ MCWP-ում՝ միաժամանակ ստանալով մեր պլանի կողմից տրամադրված նպաստները: Մեր պլանը համագործակցում է ձեր MCWP խնամքից հրաժարվելու գործակալության հետ՝ ձեր ստացած ծառայությունները համակարգելու նպատակով:

- Ձեր խնամքի համակարգողը կօգնի ձեզ MCWP դիմելու հարցում: MCWP-ի waiver գործակալությունների ցանկը կարող եք գտնել հետևյալ կայքում՝ https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx

Տարեցների համալիր ծառայությունների պլան (MSSP)

- Տարեցների համալիր ծառայությունների պլանը (MSSP) տրամադրում է ինչպես սոցիալական, այնպես էլ առողջապահական խնամքի կառավարման ծառայություններ՝ օգնելու անհատներին մնալ իրենց տներում և համայնքներում:

- Թեև ծրագրի մասնակիցների մեծ մասը ստանում է նաև տնային աջակցության ծառայություններ, MSSP-ն ապահովում է շարունակական խնամքի համակարգում, օգնում է մասնակիցներին կապ հաստատել այլ անհրաժեշտ համայնքային ծառայությունների և ռեսուրսների հետ, համակարգելով առողջապահական ծառայություններ մատուցողների հետ և վճարում որոշ անհրաժեշտ ծառայությունների համար, որոնք այլ կերպ հասանելի չէին լինի խնամքի ինստիտուցիոնալացումը կանխելու կամ հետաձգելու համար: Խնամքի կառավարման և այլ ծառայությունների ընդհանուր տարեկան համակցված արժեքը պետք է ավելի ցածր լինի, քան փորձված խնամքի կենտրոնում խնամք ստանալու արժեքը:

- Առողջապահության և սոցիալական ծառայության մասնագետների թիմը MSSP-ի յուրաքանչյուր մասնակցի համար իրականացնում է առողջության և հոգեսոցիալական ամբողջական գնահատում՝ անհրաժեշտ ծառայությունները որոշելու համար: Այնուհետև թիմն աշխատում է MSSP-ի մասնակցի, բժշկի, ընտանիքի և այլոց հետ՝ անհատական խնամքի պլան մշակելու համար: Ծառայությունները ներառում են՝
  - բուժսպասարկման կառավարումը
  - մեծահասակների ցերեկային խնամք
  - տան թեթև վերանորոգում/տեխնիկական սպասարկում
  - տանը մատուցվող լրացուցիչ կենցաղային, անձնական խնամքի և պաշտպանիչ հսկողության ծառայություններ
  - Խնամակալի հանգստի ծառայություններ
  - փոխադրման ծառայությունները
  - խորհրդատվական և թերապևտիկ ծառայություններ
  - սննդի ծառայություններ
  - հաղորդակցման ծառայություններ
- Այն անդամները, որոնք գրանցված են MSSP-ում կարող են մնալ MSSP-ում՝ միաժամանակ ստանալով մեր պլանի կողմից տրամադրված նպաստները: Մեր պլանն աշխատում է ձեր MSSP մատակարարի հետ՝ ձեր ստացած ծառայությունները համակարգելու համար:
- Ձեր խնամքի համակարգողը կօգնի ձեզ MSSP դիմելու հարցում: MSSP մատակարար գործակալությունների ցանկը կարող եք գտնել հետևյալ կայքում՝ aging.ca.gov/Providers_and_Partners/Multipurpose_Senior_Services_Program/Service_Area_Map/

F5. Մեր պլանից դուրս տրամադրվող վարչաշրջանային վարքագծային առողջության ծառայություններ (հոգեկան առողջության և թմրամիջոցների օգտագործման խանգարման բուժման ծառայություններ)

Դուք իրավունք ունեք օգտվելու բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ վարքագծային խնդիրների բուժման ծառայություններից, որոնք փոխհատուցվում են Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից: Մենք տրամադրում ենք մուտք դեպի հոգեկան առողջության ծառայություններ, որոնք ապահովագրված են Medicare-ի և Medi-Cal-ի կառավարվող խնամքով: Մեր պլանի ապահովագրական ծածկույթում ներառված չեն Medi-Cal-ի կողմից փոխհատուցվող մասնագիտացված հոգեկան առողջության հետ կապված ծառայությունները կամ վարչաշրջանի թմրամիջոցների օգտագործման խանգարման ծառայություններ, բայց դրանք ձեզ հասանելի են ձեր վարչաշրջանի հոգեկան առողջության պահպանման գործակալությունների միջոցով:

Medi-Cal-ի հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայությունները հասանելի են ձեզ համար վարչաշրջանի հոգեկան առողջության պլանի շրջանակներում (MHP), եթե դուք համապատասխանում եք հատուկ հոգեկան առողջության ծառայություններից օգտվելու չափանիշներին: Ձեր վարչաշրջանի MHP-ի կողմից տրամադրվող Medi-Cal մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայությունները ներառում են.

- հոգեկան առողջության ծառայություններ
- դեղամիջոցների աջակցության ծառայություններ
- ցերեկային բուժման ինտենսիվ ծառայություններ
- ցերեկային վերականգնողական ծառայություններ
- ճգնաժամային միջամտության ծառայություններ
- ճգնաժամի կայունացման ծառայություններ
- մեծահասակների՝ տան պայմաններում բուժման ծառայություններ
- ճգնաժամային տան պայմաններում բուժման ծառայություններ
- հոգեբուժական հաստատության ծառայություններ
- հոգեբուժական ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններ
- բժշկական գործի նպատակային կառավարում
- փոխօգնության ծառայություններ, եթե հասանելի է
- ճգնաժամային միջամտության համայնքային շարժական ծառայություններ, եթե հասանելի է
- թերապևտիկ վարվեցողության ծառայություններ
- թերապևտիկ խնամատարություն
- կալանավորների վերաինտեգրում, եթե հասանելի է
- ակտիվ համայնքային բուժում (ACT), եթե հասանելի է
- դատաբժշկական ակտիվ համայնքային բուժում (ACT), եթե հասանելի է
- համակարգված մասնագիտացված խնամք (CSC) փսիխոզի առաջին դրվագի բուժման համար, եթե հասանելի է
- ակումբային ծառայություններ, եթե հասանելի է
- համայնքային բուժաշխատողների ընդլայնված (CHW) ծառայություններ, եթե հասանելի է

Drug Medi-Cal (DMC) ծառայությունները հասանելի են ձեզ ձեր շրջանի վարքային առողջության գործակալության միջոցով, եթե համապատասխանում եք այդ ծառայությունները ստանալու չափանիշներին:

- ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- տան պայմաններում թմրամիջոցների օգտագործման խանգարման մերձծննդյան բուժում
- ամբուլատոր բուժման ծառայություններ

- թմրամոլության բուժման պլան
- դեղորայք՝ կախվածության բուժման համար (նաև կոչվում է Դեղորայքային աջակցությամբ բուժում)
- փոխօգնության ծառայություններ, եթե հասանելի է
- ճգնաժամային միջամտության համայնքային շարժական ծառայություններ, եթե հասանելի է

Drug Medi-Cal-ի կազմակերպված ծառայությունների մատուցման համակարգի (DMC-ODS) ծառայությունները ներառում են՝

- ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- մասնակի հոսպիտալացման ծառայություններ
- դեղորայք՝ կախվածության բուժման համար (նաև կոչվում է Դեղորայքային աջակցությամբ բուժում)
- տան պայմաններում բուժման ծառայություններ
- կախվածությունից դուրսբերման ընթացքի կառավարման ծառայություններ
- թմրամոլության բուժման պլան
- վերականգնողական ծառայություններ
- խնամքի համակարգում
- փոխօգնության ծառայություններ, եթե հասանելի է
- ճգնաժամային միջամտության համայնքային շարժական ծառայություններ, եթե հասանելի է
- խրախուսական բուժման ծառայություններ, եթե հասանելի է
- ստացիոնար բուժման ծառայություններ

Բացի վերը թվարկված ծառայություններից՝ դուք կարող եք օգտվել նաև կամավոր ստացիոնար թունազերծման ծառայություններից, եթե համապատասխանեք չափորոշիչներին։

G. Մեր պլանի, Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից չփոխհատուցվող նպաստներ

Այս բաժինը ձեզ տեղեկություններ է տրամադրում մեր ծրագրի կողմից չծածկվող նպաստների մասին։ «Բացառված» նշանակում է, որ մենք չենք վճարում այդ նպաստների համար։ Medicare-ը և Medi-Cal-ը նույնպես չեն վճարում դրանց համար։

Ստորև ցանկում ներկայացված են որոշ ծառաություններ և պարագաներ, որոնք չեն փոխհատուցվում կամ որոշ դեպքերում բացառվում են մեր կողմից։

Մենք չենք վճարում այս բաժնում (կամ *Անդամի ձեռնարկի* որևէ այլ հատվածում) նշված չծածկվող բժշկական նպաստների համար, բացառությամբ նշված հատուկ պայմանների: Եթե անգամ դուք ստանում եք այդ ծառայությունները շտապ բուժօգնության հաստատությունում, պլանը չի վճարի այդ ծառայությունների համար: Եթե դուք գտնում եք, որ մեր պանը պետք է վճարի չփոխհատուցվող ծառայության համար, դուք կարող եք բողոքարկել: Բողոքարկումների վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **9-րդ գլուխը**:

Բացի Նպաստների աղյուսակում նշված բոլոր բացառություններից կամ սահմանափակումներից, մեր պլանը չի փոխհատուցում հետևյալ պարագաների ու ծառայությունների համար՝

- Այն ծառայությունները, որոնք ըստ Medicare-ի և Medi-Cal-ի չափանիշների համարվում են «ոչ ողջամիտ և բժշկական տեսանկյունից ոչ անհրաժեշտ», քանի դեռ այդ ծառայությունները մենք չենք նշում որպես փոխհատուցվող: Այս բացառումը չի տարածվում այն ծառայությունների կամ ապրանքների վրա, որոնք ապահովագրված չեն Original Medicare-ի կողմից, սակայն ապահովագրված են մեր ծրագրի կողմից:
- Փորձարարական դեղորայքային կամ վիրահատական պրոցեդուրաներ, սարքավորումներ և դեղամիջոցներ: Փորձարարական պրոցեդուրաները և պարագաները ենթադրում են Original Medicare-ի կողմից սահմանված այն պարագաներն ու պրոցեդուրաները, որոնք ընդհանուր առմամբ չեն ընդունվում բժշկական հանրության կողմից: Դրանք կարող են փոխհատուցվել Original Medicare-ի կողմից՝ Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտության պայմանների համաձայն: (Տե՛ս **3-րդ գլուխը**՝ կլինիկական հետազոտությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար):
- Առանձին սենյակ հիվանդանոցում՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է:
- Անձնական հերթապահ բուժքույրեր:
- Հիվանդանոցի կամ խնամքի հաստատության ձեր սենյակում անձնական իրեր:
- Մշտական բուժքույրական խնամք ձեր տանը:
- Վճարներ, որոնք գանձվել են ձեր մոտ հարազատների կամ ձեր ընտանիքի անդամների կողմից:
- Ընտրովի կամ կամավոր առողջության բարելավման պրոցեդուրաներ կամ ծառայությունների ստացում (ներառյալ՝ քաշի կորուստի, մազերի թափվելու կամ աճի, սեռական կարողության բարձրացման, սպորտային արդյունքների բարելավման, կոսմետիկ, հակատարիքային միջոցառումների և մտավոր կարողության բարձրացման ուղղությամբ), բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դրանք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են:
- Խիրոպրակտիկ խնամք, բացառությամբ ողնաշարի մանուալ թերապիայի այն ծառայությունների, որոնք նշված են ապահովագրական ծածկույթի ուղեցույցում:
- Ոտքերի սովորական խնամք, բացառությամբ այն ծառայությունների, որոնք նշված են Նպաստների աղյուսակի «Պոդիատրիկ ծառայություններ» բաժնի Բաժին **D-ում**:
- Օրթոպեդիկ կոշիկներ կամ օժանդակ սարքեր, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ կոշիկները ոտքի ֆիքսատորների մաս են կազմում և մտնում են ֆիքսատորների արժեքի մեջ, կամ էլ կոշիկները նախատեսված են շաքարային դիաբետով հիվանդի ոտքի համար:

- Տեսողության ուղղման վիրահատություններ (օրինակ՝ LASIK վիրահատություն):
- Արգանդափողերի անցանելության գործընթացներ:
- Նատուրոպատի ծառայություններ (բնական կամ այլընտրանքային բուժման մեթոդների կիրառում):
- Վետերանների գործերի (Veterans Affairs, VA) հաստատություններում վետերաններին մատուցվող ծառայություններ: Այնուամենայնիվ, երբ վետերանը շտապ օգնության ծառայություններ է ստանում VA հիվանդանոցում, և VA-ի ծախսերի համավճարն ավելին է, քան մեր ծրագրով նախատեսված ծախսերի համավճարը, մենք վետերանին կփոխհատուցենք տարբերությունը: Դուք շարունակում եք վճարել ծախսերի ձեր մասնաբաժինը:
- Որոշ բուժզննումներ և ծառայություններ՝
  - աշխատանքի ընդունվելու կամ այն պահպանելու համար
  - ապահովագրություն ստանալու համար
  - որևէ տեսակի թույլատրագիր ստանալու համար
  - դատարանի որոշմամբ, ինչպես նաև պայմանականորեն դատապարտվելու կամ ազատ արձակվելու համար
  - այս բացառությունը չի գործում, եթե ցանցի բժիշկը համարում է, որ ծառայությունները բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ են:
- Կոմֆորտի և հարմարավետության պարագաների համար: Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթով նախատեսված չէ փոխհատուցում հարմարավետության կամ շքեղության իրերի կամ ծառայությունների համար: Դրանք ներառում են առարկաներ, որոնք նախատեսված են միայն որևէ անդամի, անդամի ընտանիքի անդամի կամ անդամի առողջապահական խնամքի մատակարարի հանգիստը կամ հարմարավետությունն ապահովելու համար: Այս բացառությունը կիրառելի չէ սպառողական մակարդակի կրծքի պոմպերի նկատմամբ, որոնք տրամադրվում են կանանց հղիությունից հետո: Այս բացառումը չի տարածվում նաև Համայնքի աջակցության ներքո ձեզ համար հաստատված ապրանքների վրա:
- Կոսմետիկական ծառայություններ կամ պրոցեդուրաներ: Այս բացառությունը չի տարածվում հետևյալների վրա.
  - որպես ապահովագրված վերականգնողական վիրահատության մաս՝ պատվաստվող ձվարանների,
  - կրծքի պրոթեզներ, որոնք անհրաժեշտ են կրծքագեղձի հեռացումից կամ լամպէկտոմիայից հետո:
  - դեմքի արտաքին հատվածն ամբողջությամբ կամ մասնակիորեն փոխարինելու նպատակով օգտագործվող պրոթեզների:
- Մեկանգամյա օգտագործման պարագաներ: Medi-Cal-ի ապահովագրումը չի ներառում տանն օգտագործվող հետևյալ մեկանգամյա պարագաները՝ վիրակապեր, թանզիֆ, ժապավեն, հականեխումային նյութեր, փաթաթաններ և առաձգական վիրակապեր: Այս բացառությունը

չի վերաբերում հետևյալ նպաստների շրջանակում տրամադրվող մեկանգամյա օգտագործման պարագաներին, որոնք նկարագրված են Նպաստների աղյուսակում՝

- դիալիզի/հիմոդիալիզի բուժում:
- երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ:
- տնային խնամք:
- հոսպիսային և պալիատիվ խնամք:
- բժշկական պարագաներ, սարքավորումներ և մեծ սարքեր:
- դեղատոմսով բաց թողնվող դեղեր:
- պրոթեզային սարքեր և օժանդակ պարագաներ:

- Անպտղության հետ կապված ծառայություններ՝
  - Medi-Cal-ի ապահովագրումը չի ներառում ծառայություններ, որոնք օգնում են որևէ մեկին հղիանալ, այս թվում՝ անպտղության ծառայություններ, արհեստական սերմնավորում և վերարտադրողական տեխնոլոգիաների օժանդակ ծառայություններ: Անպտղության պահպանման ծառայությունները չեն ապահովագրվում Medi-Cal-ի կողմից:
  - Medicare-ը չի ծածկում արհեստական եղանակով բեղմնավորումը, օրինակ՝ արտամարմնային բեղմնավորումը, զիգոտի ներխողովակային տեղափոխումը, ձվաբջջի փոխպատվաստումը և գամետների ներխողովակային տեղափոխումը (բացառությամբ արհեստական սերմնավորման և դրա հետ կապված ծառայությունների):

- Ոչ խնամքի պարագաներ և ծառայություններ, եթե դրանք հաստատված չեն ձեր Medi-Cal-ի ILOS ծրագրի կամ երկարաժամկետ բժշկական սարքավորումների ապահովագրական ծածկույթով: Օրինակ, մենք չենք ապահովագրում՝
  - շարժուձևի և վարվելակերպի ուսուցանում:
  - պլանավորման հմտությունների, օրինակ՝ ամենօրյա գործունեության պլանավորման, նախագծերի կամ պարտականությունների կատարման պլանավորման, ուսուցում և մշակում:
  - գիտելիքները հարստացնելու կամ հմտությունները զարգացնելու պարագաներ և ծառայություններ:
  - մտավոր ունակությունները բարձրացնելու նպատակով անցկացվող ուսուցանման և աջակցության ծառայություններ:
  - այնպիսի հմտությունների ձևավորման նպատակով իրականացվող դասընթացներ կամ պարապմունքներ, ինչպիսիք են՝ քերականությունը, մաթեմատիկան և ժամանակի կառավարումը:
  - ընթերցանության ուսուցանում՝ անկախ այն բանից՝ դուք դիսլեքսիա ունեք, թե ոչ:
  - ուսումնական թեստերի անցկացում:

- արվեստի, պարի, ձիավարության, երաժշտության, խաղի կամ լողի ուսուցում, բացառությամբ այն դեպքի, երբ «խաղի ուսուցման» այս բացառությունը չի վերաբերում վարքային առողջության թերապիայի բուժման ծրագրի մաս կազմող և այս գլխում ծածկվող ծառայություններին:
- աշխատանքի ընդունվելու կամ մասնագիտական մակարդակի բարձրացման հմտությունների ուսուցում:
- մասնագիտական պատրաստում կամ մասնագիտական հմտությունների ուսուցանում:
- մասնագիտական աճի դասընթացներ:
- որևէ կոնկրետ աշխատանքի համար պատրաստելու կամ աշխատանքի ընդունման հարցերով խորհրդատվություն:
- փոփոխություններ ձեր տան կամ մեքենայի հետ կապված, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դրանք ժամանակավոր փոփոխություններ են, որոնք որոշվել են որպես բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ կամ հաստատված են ձեզ համար Համայնքային աջակցության ծրագրով:

- Ջրաբուժության և ջրի հետ կապված այլ բուժումների: Ջրաբուժության և այլ ջրային թերապիաների բացառությունը չի տարածվում այն թերապևտիկ ծառայությունների վրա, որոնք ֆիզիոթերապիայի պլանով են տրամադրվում և փոխհատուցվում են որպես հետևյալ նպաստների մաս՝
  - տնային խնամք:
  - հոսպիսային և պալիատիվ խնամք:
  - վերականգնողական և կենսագործունեության ֆունկցիաների զարգացման ծառայություններ:
  - մասնագիտացված բուժքույրական խնամքի հաստատության ծառայություններ:
- Բուժական մերսում: Այս բացառությունը չի տարածվում այն թերապևտիկ ծառայությունների վրա, որոնք ֆիզիոթերապիայի պլանով են տրամադրվում և փոխհատուցվում են որպես հետևյալ նպաստների մաս՝
  - տնային խնամք:
  - հոսպիսային և պալիատիվ խնամք:
  - վերականգնողական և կենսագործունեության ֆունկցիաների զարգացման ծառայություններ:
  - մասնագիտացված բուժքույրական խնամքի հաստատության ծառայություններ:

- Անձնական խնամքի ծառայություններ, որոնք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ չեն, ինչպես՝ օգնություն առօրյա կենսագործունեության իրականացման հարցում (օրինակ՝ քայլել, անկողին մտնել կամ անկողնուց վեր կենալ, լոգանք ընդունել, հագնվել, սնվել, զուգարանից օգտվել և դեղեր ընդունել): Այս բացառությունը չի տարածվում առօրյա կյանքի համար անհրաժեշտ գործողությունների հարցում տրամադրվող այն օգնության վրա, որը տրամադրվում է որպես ապահովագրության մաս հետևյալի ներքո՝
  - հոսպիսային և պալիատիվ խնամք:
  - երկարաժամկետ խնամքի ծառայություններ և աջակցություն:
  - հմուտ բուժքույրական/միջանկյալ/ենթասուր խնամքի հաստատության խնամք:
  - Համայնքի աջակցություններ:
- Ծառայություններ, որոնք հաստատված չեն Սննդի և դեղերի վերահսկման դաշնային վարչության կողմից: Մենք չենք փոխհատուցում դեղեր, պատրաստուկներ, ստուգումներ, պատվաստանյութեր, սարքեր, ռադիոակտիվ նյութեր և այլ ծառայություններ, որոնք ԱՄՆ-ում վաճառքի համար պետք է օրենքով արտոնվեն Սննդի և դեղերի վարչության (Food and Drug Administration, FDA) կողմից, բայց արտոնված չեն FDA-ի կողմից: Այս բացառությունը չի տարածվում հետևյալների վրա՝
  - կլինիկական փորձարկման հետ կապված ծառայություններ:
  - փոխհատուցվող փորձարարական ծառայությունների հետ կապված ծառայություններ:
- Չլիցենզավորված անձանց կողմից իրականացվող ծառայություններ: Ծածկույթը, որպես կանոն, չի ներառում այն ծառայությունները, որոնք կարող են անվտանգ և արդյունավետ կերպով մատուցվել այն անձանց կողմից, որոնցից նահանգը չի պահանջում լիցենզիա կամ վկայական առողջապահական ծառայություններ մատուցելու համար, և երբ անդամի վիճակը չի պահանջում, որ ծառայությունները մատուցվեն լիցենզավորված բուժծառայության մատակարարի կողմից: Այս բացառությունը չի տարածվում հետևյալների վրա.
  - ապահովագրված համայնքի աջակցությունը, որը հաստատված է ձեզ համար:
  - դուլայի ծառայություններ:
  - համայնքային առողջապահական ոլորտի աշխատողների ծառայություններ:
- Ծառայություններ, որոնք չեն առնչվում չփոխհատուցվող ծառայության հետ: Երբ ծառայությունը չի փոխհատուցվում, չփոխհատուցվող ծառայության հետ առնչվող բոլոր ծառայությունները բացառվում են: Այս բացառումը չի տարածվում չծածկված ծառայությունների հետևանքով առաջացած բարդությունների բուժման վրա, եթե այդ բարդությունները այլ կերպ ապահովագրված են: Օրինակ, եթե դուք անցել եք կոսմետիկ վիրահատություն, որը ապահովագրված չէ, մենք չենք փոխհատուցի այն ծառայությունները, որոնք դուք ստանում եք վիրահատությանը նախապատրաստվելու կամ հետագա խնամքի համար: Եթե հետագայում ձեզ մոտ ծագում են կյանքին սպառնացող բարդություններ, օրինակ՝ լուրջ վարակը, այս բացառությունը չի կիրառվի, և մենք կփոխհատուցենք բարդությունը բուժելու համար անհրաժեշտ ծառայությունների համար, եթե այդ ծառայությունները փոխհատուցվում են սույն *Անդամի ձեռնարկի* համաձայն:

Գլուխ 5. Ձեր ամբուլատոր դեղերի ստացումը

Ներածություն

Այս գլուխը բացատրում է ձեր ամբուլատոր դեղերը ստանալու կանոնները: Դրանք այն դեղերն են, որոնք ձեր բուժծառայություններ մատուցողը պատվիրում է ձեզ համար, և որոնք դուք ստանում եք դեղատնից կամ փոստով: Դրանց մեջ մտնում են այն դեղերը, որոնք ներառված են Medicare-ի Մաս D-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում: Այս *Անդամի ձեռնարկի* **6-րդ գլուխը** ձեզ տեղեկացնում է, թե որքան եք վճարում այս դեղերի համար: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով այս Անդամի ձեռնարկի վերջին *գլխում*:

Մենք նաև ծածկում ենք հետևյալ դեղերը, թեև դրանք քննարկված չեն այս գլխում՝

- **Medicare-ի A բաժնի ապահովագրական ծածկույթում ներառված դեղերը:** Դրանց մեջ մտնում են հիմնականում այն դեղերը, որոնք ձեզ տրամադրվում են հիվանդանոցում կամ խնամքի կենտրոնում գտնվելու ժամանակ:
- **Medicare-ի B բաժնի ապահովագրական ծածկույթում ներառված դեղերը:** Դրանց մեջ մտնում են քիմիաթերապիայի որոշ դեղեր, որոշ ներարկման դեղեր, որոնք ձեզ տրամադրվում են բժշկի կամ այլ բուժծառայություններ մատուցողի մոտ այցի ժամանակ, և դեղեր, որոնք ձեզ տրամադրվում են դիալիզի կլինիկայում: Medicare Մաս B-ի կողմից ծածկվող դեղերի մասին ավելին իմանալու համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **4-րդ գլխի** Նպաստների աղյուսակը:
- Բացի ծրագրի Medicare Մաս D-ի և բժշկական նպաստների ապահովագրությունից, ձեր դեղերը կարող են ապահովագրվել Original Medicare-ի կողմից, եթե դուք գտնվում եք Medicare-ի հոսպիսում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **5-րդ գլուխը, F3 բաժինը՝** «Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսպիսային ծրագրում»:

Մեր ծրագրի կողմից ամբուլատոր դեղերի ծածկույթի կանոնները

Մենք սովորաբար ծածկում ենք ձեր դեղերը, քանի դեռ հետևում եք այս բաժնում նշված կանոններին:

Ձեր մատակարարը (բժիշկ, ատամնաբույժ կամ այլ նշանակող) պետք է ձեզ համար դեղատոմս գրի, որը պետք է վավեր լինի նահանգային գործող օրենքով: Դեղատոմս գրողը հաճախ ձեր հիմնական բուժող բժիշկն է (PCP): Դա կարող է լինել նաև մեկ այլ մատակարար, եթե ձեր PCP-ն ձեզ ուղղորդել է նրա մոտ:

Ձեր դեղ նշանակող բուժաշխատողը **չպետք է** ներառված լինի Medicare-ի Բացառման կամ Նախնական բացառման ցուցակներում կամ Medi-Cal-ի որևէ նմանատիպ ցուցակում:

Դեղատոմսը ստանալու համար, որպես կանոն, պետք է օգտվեք ցանցի դեղատնից: (Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **A1 բաժինը** :) Կամ կարող եք ձեր դեղատոմսը ստանալ ծրագրի փոստային պատվերի ծառայության միջոցով:

Ձեզ նշանակված դեղը պետք է ներառված լինի մեր ծրագրի *Ծածկվող դեղերի ցանկում*: Այն կրճատ կոչվում է «*Դեղացանկ*»: (Տե՛ս այս գլխի **B բաժինը** :)

- Եթե դեղը *Դեղացանկում* չկա, մենք կարող ենք փոխհատուցել դրա արժեքը՝ բացառության կարգով:
- Տե՛ս **9-րդ գլուխը** ՝ պարզելու համար, թե երբ կարող եք դիմել բացառության համար:
- Նկատի ունեցեք, որ դեղի փոխհատուցման վերաբերյալ ձեր հայցը կքննվի ինչպես Medicare-ի, այնպես էլ Medi-Cal-ի չափանիշներով:

Ձեր դեղը պետք է օգտագործվի բժշկական տեսանկյունից ընդունելի ցուցումով: Դա նշանակում է, որ դեղի կիրառությունը կա՛մ հաստատված է Սննդի և դեղերի վերահսկման վարչության (FDA) կողմից, կա՛մ հիմնավորված է որոշակի բժշկական տեղեկանքներով: Ձեր դեղատոմս նշանակողը կարող է ձեզ բացատրել, թե ինչ բժշկական տեղեկանքներ են անհրաժեշտ, որոնք կհիմնավորեն նշանակված դեղամիջոցի կիրառումը:

Ձեր դեղը կարող է պահանջել մեր ծրագրի կողմից նախնական հաստատում՝ որոշակի չափանիշների հիման վրա, նախքան մենք այն կծածկենք: (Տե՛ս **այս գլխի C** բաժինը:)

Գլուխ 5 Բովանդակություն

A. Ձեր դեղատոմսերով դեղերի համալրում....221

A1. Ձեր դեղատոմսի լրացումը ցանցի դեղատանը....221

A2. Դեղատոմսը լրացնելիս ձեր Անդամի նույնականացման քարտի օգտագործումը....221

A3. Ինչ անել, եթե փոխում եք ձեր ցանցի դեղատունը....221

A4. Ինչ անել, եթե ձեր դեղատունը դուրս է գալիս ցանցից....221

A5. Մասնագիտացված դեղատնից օգտվելը....222

A6. Ձեր դեղերը ստանալու համար փոստային պատվերի ծառայություններից օգտվելը....222

A7. Դեղերի երկարաժամկետ պաշար ստանալը....225

A8. Մեր ծրագրի ցանցում չգտնվող դեղատնից օգտվելը....225

A9. Դեղատոմսով դեղի համար ձեզ վճարած գումարի փոխհատուցումը....226

B. Մեր ծրագրի *Դեղացանկը*....226

B1. Մեր *Դեղացանկում* ներառված դեղերը....227

B2. Ինչպես գտնել դեղը մեր *Դեղացանկում*....227

B3. Մեր *Դեղացանկում* ներառված դեղերը 228

B4. *Դեղացանկի* ծախսերի բաշխման մակարդակները 229

C. Որոշ դեղերի սահմանափակումները 230

D. Ձեր դեղը չծածկելու պատճառները 231

D1. Ժամանակավոր պաշար ստանալը 232

D2. Ժամանակավոր պաշար խնդրելը 233

D3. Բացառություն խնդրելը 234

E. Ձեր դեղերի ծածկույթի փոփոխությունները 234

F. Դեղերի փոխհատուցումը հատուկ դեպքերում 237

F1. Հիվանդանոցում կամ հմուտ բուժքույրական խնամքի հաստատությունում մեր ծրագրի կողմից ծածկվող մնալու ընթացքում 237

F2. Երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունում 237

F3. Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսպիսային ծրագրում 237

G. Դեղերի անվտանգության և դեղերի կառավարման ծրագրեր 238

G1. Ծրագրեր, որոնք օգնում են ձեզ անվտանգ օգտագործել դեղերը 238

G2. Ծրագրեր, որոնք օգնում են ձեզ օգտագործել դեղերը 238

G3. Դեղերի կառավարման պլան (DMP), որն օգնում է անդամներին անվտանգ օգտագործել օփիոիդային դեղերը 239

A. Ձեր դեղատոմսերով դեղերի համալրում

A1. Ձեր դեղատոմսի լրացումը ցանցի դեղատանը

Հիմնականում մենք դեղատոմսային դեղերի համար վճարում ենք միայն այն դեպքում, երբ դրանք տրամադրվում են մեր ցանցի դեղատներից որևէ մեկից: Ցանցի դեղատունը այն դեղատունն է, որը համաձայնում է մեր պլանի անդամներին դեղատոմսով բաց թողնվող դեղեր տրամադրել: Դուք կարող եք օգտվել մեր ցանցի բոլոր դեղատներից: (Տե՛ս **Ա8 բաժինը** ՝ ցանցից դուրս դեղատներում լրացված դեղատոմսերի ծածկույթի մասին տեղեկությունների համար:)

Ցանցի դեղատուն գտնելու համար տե՛ս *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*, այցելիր մեր կայք կամ կապվիր Անդամների սպասարկման ծառայության հետ:

A2. Դեղատոմսը լրացնելիս ձեր Անդամի նույնականացման քարտի օգտագործումը

Ձեր դեղատոմսը լրացնելու համար ձեր ցանցի դեղատանը **ներկայացրեք ձեր Անդամի նույնականացման քարտը** : Ցանցի դեղատունը մեզանից գանձում է ձեր ծածկվող դեղի *արժեքի մեր մասնաբաժինը:* Հնարավոր է՝ անհրաժեշտ լինի դեղատանը վճարել համավճար, երբ վերցնում եք ձեր դեղատոմսային դեղը:

Հիշեք, որ Medi-Cal Rx-ի կողմից ծածկվող դեղերը ստանալու համար անհրաժեշտ է ունենալ ձեր Medi-Cal քարտը կամ Նպաստների նույնականացման քարտը (BIC):

Եթե դեղատոմսը լրացնելիս ձեզ հետ չունեք ձեր ID քարտը կամ BIC-ը, խնդրեք դեղատանը զանգահարել մեզ՝ անհրաժեշտ տեղեկություններստանալու համար, կամ կարող եք խնդրել դեղատանը փնտրել ձեր պլանի գրանցման մասին տեղեկությունները:

Եթե դեղատունը չի կարողանում ստանալ անհրաժեշտ տեղեկությունները, դեղատոմսը վերցնելիս գուցե ստիպված լինեք վճարել դրա ամբողջ արժեքը: Այնուհետև կարող եք մեզանից պահանջել փոխհատուցել մեր մասնաբաժինը: **Եթե չեք կարող վճարել դեղի համար, անմիջապես կապվեք Անդամների սպասարկման ծառայության հետ:** Մենք ամեն ինչ կանենք՝ օգնելու համար:

- Մեզանից փոխհատուցում պահանջելու համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **7-րդ գլուխը** :
- Եթե դեղատոմսային դեղ ստանալու հետ կապված օգնության կարիք ունեք, դիմեք Անդամների սպասարկման բաժին:

A3. Ինչ անել, եթե փոխում եք ձեր ցանցի դեղատունը

Եթե ձեր ցանցի դեղատունը փոխելու հետ կապված օգնության կարիք ունեք, կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ:

A4. Ինչ անել, եթե ձեր դեղատունը դուրս է գալիս ցանցից

Եթե այն դեղատունը, որից դուք օգտվում եք, դուրս է գալիս մեր պլանի ցանցից, դուք պետք է գտնեք նոր ցանցի դեղատուն:

Նոր ցանցի դեղատուն գտնելու համար տե՛ս *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*, այցելիր մեր կայք կամ կապվիր Անդամների սպասարկման ծառայության հետ:

A5. Մասնագիտացված դեղատնից օգտվելը

Երբեմն դեղատոմսերը պետք է լրացվեն մասնագիտացված դեղատանը: Մասնագիտացված դեղատները ներառում են՝

- Այն դեղատները, որոնք դեղեր են տրամադրում տնային պայմաններում ինֆուզիոն թերապիայի համար:
- Դեղատները, որոնք դեղեր են տրամադրում երկարաժամկետ խնամքի հաստատության (օրինակ՝ ծերանոցի) բուժառուներին:
    - Սովորաբար, երկարաժամկետ խնամքի հաստատություններն ունեն իրենց դեղատները: Եթե դուք երկարաժամկետ խնամքի հաստատությում եք մնում, մենք համոզվում ենք, որ դուք կարող եք ձեռք բերել ձեզ անհրաժեշտ դեղերը հաստատության դեղատնից:
    - Եթե ձեր երկարաժամկետ խնամքի հաստատության դեղատունը մեր ցանցում ընդգրկված չէ, կամ եթե դուք դժվարանում եք այդ հաստատությունում ստանալ ձեր փոխհատուցվող դեղորայքը, կապվեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ:
- Հնդկացիների առողջապահական խնամքի մատակարար («IHCP») Ամերիկյան հնդիկ և Ալյասկայի բնիկ անդամները հասանելիություն ունեն Հնդկական առողջապահական ծառայություններ մատուցողի (IHCP) դեղատներին, եթե առկա է գրանցված մանրածախ դեղատուն: Եթե դուք ամերիկյան հնդիկ կամ Ալյասկայի բնիկ չեք, կարող եք դեռևս ծառայություններ ստանալ IHCP-ի մանրածախ դեղատան, եթե ձեզ ուղեգրեն IHCP-ի կլինիկա կամ շտապ օգնության բաժանմունք:
- Այն դեղատները, որոնք այնպիսի դեղեր են տրամադրում, որոնք արգելված են FDA-ի կողմից որոշակի վայրերում, կամ որոնց կիրառման համար պահանջվում է հատուկ վարվելաձև, բուժծառայություններ մատուցողի կողմից հատուկ համակարգում և գիտելիքներ: (Ուշադրություն. Այս իրավիճակը հազվադեպ է հանդիպում):
- Ցանցի դեղատուն գտնելու համար տե՛ս *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*, այցելեք մեր կայք կամ կապվեք Անդամների սպասարկման ծառայության հետ:

A6. Ձեր դեղերը ստանալու համար փոստային պատվերի ծառայություններից օգտվելը

Որոշ տեսակի դեղերի համար դուք կարող եք օգտվել մեր պլանի ցանցի փոստային պատվերի ծառայություններից: Որպես կանոն՝ դեղերը, որոնք կարելի է պատվիրել փոստով, դրանք այն դեղերն են, որոնք դուք կանոնավոր կերպով ընդունում եք՝ քրոնիկ կամ երկարատև հիվանդությունների ժամանակ: Մեր պլանի փոստային պատվերի ծառայության միջոցով հասանելի դեղերը մեր *Դեղացանկում* նշվում են որպես փոստով պատվիրված դեղեր:

Մեր ծրագրի փոստային պատվերի ծառայությունը թույլ է տալիս պատվիրել մինչև 100 օրվա դեղերի պաշար: Դեղերի 100-օրյա ապահովման համար նույն համավճարն է պահանջվում, ինչ մեկամսյա ապահովման:

Դեղատոմսերի լրացումը փոստով

Փոստով ձեր դեղատոմսերը լրացնելու մասին տեղեկություններ ստանալու համար այցելեք ձեր տեղական ցանցի դեղատուն կամ մեր կայքը՝ kp.org/refill: Դուք կարող եք պատվիրել ձեր դեղատոմսային դեղերը հետևյալ եղանակներով՝

- Գրանցվեք և պատվիրեք առցանց՝ ապահով կերպով kp.org/refill կայքում:
- Զանգահարեք ձեր դեղատոմսի պլանում նշված համարին և հետևեք հրահանգներին (համոզվեք, որ ընտրել եք փոստով առաքման տարբերակը, երբ ձեզ տարբերակներ առաջարկվեն):
- Զանգահարեք ստորև նշված՝ ձեր ծրագրին համապատասխան համարով՝

  Հարավային ծրագրեր՝ 1-866-206-2983(TTY 711), երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 7:00-ից մինչև 19:00-ը:

  Հյուսիսային ծրագրեր՝ 1-888-218-6245 (TTY 711), երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 6 p.m-ը, շաբաթ օրերին՝ ժամը 8:00-ից մինչև 18:00-ը, իսկ կիրակի օրերին՝ ժամը 9:00-ից մինչև 6:00p.m-ը:
- Փոստով ուղարկեք ձեր դեղերի ցուցակը կամ դեղերի ստացման հայցը՝ օգտագործելով փոստով պատվերի ձևը, որը հասանելի է Kaiser Permanente-ի ցանցի բոլոր դեղատներում:

Երբ դուք պատվիրում եք դեղերը մինչև տուն առաքմամբ առցանց, հեռախոսով կամ գրավոր, դուք պետք է վճարեք պատվերի բացման համար գանձվող գումարի ձեր մասնաբաժինը (USPS փոստի կանոնավոր առաքման համար գումար չի գանձվում): Ցանկության դեպքում կարող եք ընտրել ցանցի դեղատուն, որտեղից նախընտրում եք ստանալ ձեր դեղատոմսային դեղերը և վճարել դրանց համար: Կապ հաստատեք ցանցի դեղատան հետ, եթե ուզում եք տեղեկանալ՝ ձեր դեղատոմսային դեղերը կարո՞ղ են ուղարկվել փոստով, թե՞ ոչ, կամ տե՛ս մեր *Դեղացանկը*՝ փոստով ուղարկվող դեղերի մասին տեղեկություններ ստանալու համար:

Սովորաբար փոստով պատվիրված դեղատոմսով դեղը հասնում է **5** օրվա ընթացքում: Եթե ձեր փոստով պատվիրված դեղատոմսով դեղի առաքումը ուշանում է, օգնության համար զանգահարեք վերևում նշված համարով կամ դեղատուփի պիտակի վրա նշված համարով: Նաև, եթե չեք կարող սպասել, մինչև ձեր դեղը հասնի մեր փոստային դեղատնից, կարող եք շտապ պաշար ստանալ՝ զանգահարելով ձեր տեղական ցանցի մանրածախ դեղատուն, որը նշված է *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուում* կամ kp.org/directory կայքում: Նկատի ունեցեք, որ հնարավոր է՝ դուք ավելի շատ վճարեք, եթե դեղերի 100-օրյա ապահովումը ստանաք ցանցի մանրածախ դեղատներից, այլ ոչ թե մեր փոստային պատվերով աշխատող դեղատնից:

Փոստային պատվերի գործընթացները

Փոստային պատվերի ծառայությունն ունի տարբեր ընթացակարգեր՝ կապված նոր դեղատոմսային դեղերի հետ, որոնք դուք եք ներկայացնում, նոր դեղատոմսային դեղերի հետ, որոնք անմիջապես ձեր բժիշկն է ներկայացնում, և փոստային պատվերով ձեր հին դեղատոմսային դեղերի տրամադրման հետ:

1. Նոր դեղատոմսային դեղեր, որոնք ձեր բժիշկը ներկայացնում է դեղատանը

Երբ դեղատունը դեղատոմսային դեղերի ցանկ է ստանում մատակարարից, այն կապ է հաստատում ձեզ հետ՝ պարզելու համար՝ դուք ցանկանում եք դեղն անմիջապե՞ս ստանալ, թե՞ ավելի ուշ:

- Սա ձեզ հնարավորություն է տալիս համոզվելու, որ դեղատունը ձեզ ճիշտ դեղամիջոցն է ուղարկում (այդ թվում՝ դեղի ուժեղ ազդեցությամբ տարբերակը, ճիշտ քանակությունը և ճիշտ դեղաձևը) և, անհրաժեշտության դեպքում, թույլ է տալիս դադարեցնելու կամ հետաձգելու պատվերը՝ նախքան ձեզնից գումար գանձելը և այն առաքելը:
- Պատասխանեք ամեն անգամ, երբ դեղատան աշխատողը կապ է հաստատում ձեզ հետ՝ ճշտելու համար, թե նոր դեղի հետ կապված ինչ պետք է անի և չուշացնելու համար առաքումը:

2. Փոստային պատվերով հին դեղատոմսային դեղերի տրամադրում

Դեղի նորից ստացման համար կապ հաստատեք ձեր դեղատան հետ՝ ձեր մոտի դեղերի վերջանալուց 5 օր առաջ՝ վստահ լինելու համար, որ ձեր հաջորդ պատվերը ժամանակին ձեզ կառաքվի:

Դուք նաև ունեք ավտոմատ լրացման ծրագրում գրանցվելու հնարավորություն: Այս ծրագրի շրջանակում մենք ավտոմատ կերպով սկսում ենք մշակել ձեր հաջորդ դեղերի ցանկի լրացումը, երբ մեր գրանցումներում նշվում է, որ ձեր դեղերը, ըստ ամենայնի, սպառվում են: Դեղատունը յուրաքանչյուր դեղաքանակ առաքելուց առաջ կապ կհաստատի ձեզ հետ՝ համոզվելու համար, որ ձեզ լրացուցիչ դեղորայք է անհրաժեշտ, և դուք կարող եք չեղարկել նախատեսված դեղաքանակի առաքումը, եթե բավականաչափ դեղորայք ունեք կամ ձեր դեղորայքը փոխվել է:

Եթե որոշեք չօգտվել մեր ավտոմատ դեղերի լրացման ծրագրից, բայց ցանկանում եք, որ փոստային դեղատունը շարունակի ձեզ ուղարկել ձեր դեղատոմսով սահմանված դեղը, կապվեք ձեր դեղատան հետ ձեր ընթացիկ դեղատոմսի ժամկետը լրանալուց 5 օր առաջ: Սա արվում է համոզվելու համար, որ ձեր հաջորդ պատվերը ձեզ ժամանակին կուղարկվի:

Մեր այն ծրագրից հրաժարվելու համար, որն ավտոմատ կերպով պատրաստում է փոստային կրկնակի դեղաքանակի լրացումները, կապվեք մեզ հետ՝

- Զանգահարեք ստորև նշված՝ ձեր ծրագրին համապատասխան համարով՝

  Հարավային ծրագրեր՝ 1-866-206-2983(TTY 711), երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 7:00-ից մինչև 19:00-ը:

  Հյուսիսային ծրագրեր՝ 1-888-218-6245 (TTY 711), երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m-ը, շաբաթ օրերին՝ ժամը 8:00-ից մինչև 6 p.m-ը, իսկ կիրակի օրերին՝ ժամը 9 a.m.-ից մինչև 6 p.m-ը:

- Այցելեք մեր կայքը՝ kp.org/refill, և հետևեք այս քայլերին՝

Դիտել դեղատունը → Ավտոմատ դեղաքանակի կրկնակի լրացում → Կառավարել ավտոմատ դեղաքանակի կրկնակի լրացումը → Հեռացնել այս դեղը ավտոմատ դեղաքանակի կրկնակի լրացումից

Եթե փոստով ավտոմատ կերպով ստանաք կրկնակի դեղաքանակի լրացում, որը ձեզ անհրաժեշտ չէ, կարող եք իրավասու լինել գումարի փոխհատուցում ստանալու:

A7. Դեղերի երկարաժամկետ պաշար ստանալը

Դուք կարող եք ստանալ մեր ծրագրի *Դեղացանկում* ներառված պահպանողական դեղերի երկարաժամկետ պաշար: Պահպանողական դեղերն այն դեղերն են, որոնք դուք կանոնավոր կերպով ընդունում եք քրոնիկ կամ երկարատև բժշկական վիճակի բուժման համար:

Որոշ ցանցի դեղատներ թույլ են տալիս ստանալ երկարաժամկետ մատակարարում առողջական վիճակը կայուն պահող դեղերի համար: Դեղերի 100-օրյա ապահովման համար նույն համավճարն է պահանջվում, ինչ մեկամսյա ապահովման: *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն* ցույց է տալիս, թե որ դեղատները կարող են ձեզ տրամադրել պահպանողական դեղերի երկարաժամկետ պաշար: Մանրամասների համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:

Որոշ դեղերի համար դուք կարող եք օգտվել մեր պլանի ցանցի փոստային պատվերի ծառայություններից՝ ստանալու համար առողջական վիճակը կայուն պահող դեղերի երկարաժամկետ մատակարարում: Փոստային պատվերի ծառայությունների մասին տեղեկանալու համար տե՛ս **Ա6 բաժինը** :

A8. Մեր ծրագրի ցանցում չգտնվող դեղատնից օգտվելը

Սովորաբար մենք վճարում ենք ոչ մեր ցանցի դեղատնից դուրս գրված դեղերի համար միայն այն ժամանակ, երբ դուք չեք կարող օգտվել ցանցի դեղատնից: Այս դեպքերում սկզբում ճշտեք Անդամների սպասարկման բաժնից, թե ինչ ցանցի դեղատուն կա մոտակայքում:

Մենք վճարում եք դեղատոմսային դեղերի համար, որոնք բաց են թողնվել ցանցից դուրս դեղատնից հետևյալ դեպքերում՝

- Եթե դուք ճանապարհորդում եք Միացյալ Նահանգների տարածքում, բայց սպասարկման տարածքից դուրս եք գտնվում և այդ ընթացքում հիվանդանում եք, կամ ձեզ մոտ վերջանում են D մասի դեղատոմսով բաց թողնվող փոխհատուցվող դեղերը, մենք կփոխհատուցենք դեղատոմսային դեղերի համար, որոնք դուրս են գրվել ցանցից դուրս դեղատնից՝ սահմանափակ քանակով, ոչ կանոնավոր կարգով՝ համաձայն մեր Medicare-ի D մասի դեղացանկի ուղեցույցի:

- Եթե ձեզ անհրաժեշտ է Medicare-ի D մասի դեղատոմսային դեղ՝ ցանցից դուրս արտակարգ իրավիճակում փոխհատուցվող բուժօգնության կամ սպասարկման տարածքից դուրս շտապ բուժօգնության հետ միասին, մենք կփոխհատուցենք դեղերի մինչև 30-օրյա ապահովումը ցանցից դուրս դեղատնից: Ուշադրություն. Միացյալ Նահանգներից և դրա տարածքներից դուրս նշանակված և տրամադրված դեղատոմսով դեղերը, որոնք ստացվել են ծածկվող շտապ կամ անհետաձգելի բուժօգնության շրջանակում, ծածկվում են մինչև 30 օրվա պաշարի չափով՝ 30 օրվա ընթացքում: Այս դեղերի համար չի փոխհատուցվում Medicare-ի D

բաժնով, ուստի դրանց վճարումների համար նախատեսված չէ դեղատոմսային դեղերի ընդհանուր ծախսերի համար սահմանված փոխհատուցման առավելագույն սահմանաչափը լրանալու փուլը:

- Եթե դուք չեք կարողանում ժամանակին ձեռք բերել փոխհատուցվող դեղը մեր սպասարկման տարածքում, քանի որ 24 ժամ աշխատող ցանցի դեղատուն չկա, որտեղ կարելի է հասնել մեքենայով ողջամիտ ժամանակում: Հնարավոր է, որ մենք չփոխհատուցենք ձեր դեղատոմսային դեղի համար, եթե գտնում ենք, որ նորմալ մարդը կարող էր ձեռք բերել դեղը ցանցի դեղատնից նորմալ աշխատանքային ժամերին:

- Եթե ձեզ պետք է դուրս գրվի այնպիսի դեղատոմսային դեղ, որը միշտ չի լինում հասանելի ցանցի դեղատանը կամ հնարավոր չէ այն ձեռք բերել մեր փոստային պատվերով դեղատնից (ներառյալ թանկարժեք դեղերը):

- Եթե չեք կարողանում ձեռք բերել ձեր դեղատոմսային դեղերը ցանցի դեղատնից աղետի ժամանակ:

A9. Դեղատոմսով դեղի համար ձեզ վճարած գումարի փոխհատուցումը

Եթե օգտվում եք ոչ ցանցի դեղատնից, հիմնականում դուք պետք է վճարեք ձեր դեղատոմսային դեղի ամբողջ արժեքը համավճարի փոխարեն, երբ վերցնում եք այն: Դուք կարող եք դիմել մեզ, որպեսզի ձեզ վերադարձնենք ձեր արած ծախսերի մեր մասնաբաժինը:

Եթե դուք վճարում եք ձեր դեղատոմսային դեղի ամբողջ արժեքը, որը կարող է փոխհատուցվել Medi-Cal Rx-ի կողմից, դեղատունը կարող է ձեզ փոխհատուցել, երբ Medi-Cal Rx-ը վճարի դեղատոմսային դեղի համար: Որպես այլընտրանք, դուք կարող եք խնդրել Medi-Cal Rx-ին, որպեսզի վերադարձնի ձեր վճարած գումարը՝ ներկայացնելով «Medi-Cal-ի կողմից սեփական ծախսերի փոխհատուցման (Conlan)» հայցը: Այցելեք Medi-Cal Rx-ի կայքէջ՝ medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **7-րդ գլուխը**:

B. Մեր ծրագրի *Դեղացանկը*

Մենք ունենք *Ծածկվող Դեղացանկ:* Այն կրճատ կոչվում է «*Դեղացանկ*»:

Դեղացանկում ներառվող դեղերն ընտրվում են բժիշկներից և դեղագործներից կազմված թիմի օգնությամբ: *Դեղացանկից* օգտվելու համար կան կանոններ, որոնց դուք պետք է հետևեք՝ ձեր դեղերը ստանալու համար:

Մենք, որպես կանոն, ծածկում ենք մեր ծրագրի *Դեղացանկում* ներառված դեղը, եթե հետևում եք այս գլխում ներկայացված կանոններին:

B1. Մեր *Դեղացանկում* ներառված դեղերը

Մեր *Դեղացանկը* ներառում է Medicare Մաս D-ի կողմից ծածկվող դեղերը:

Դեղատոմսային դեղերի մեծ մասը, որը դուք ստանում եք դեղատնից, փոխհատուցվում է մեր պլանով: Այլ դեղամիջոցներ, օրինակ՝ որոշ առանց դեղատոմսի դեղեր (OTC) և վիտամիններ, կարող են փոխհատուցվել Medi-Cal Rx-ով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Medi-Cal Rx-ի կայք՝ (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/): Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 800-977-2273 հեռախոսահամարով: Բերեք ձեր Medi-Cal-ի շահառուի նույնականացման քարտը (BIC)՝ Medi-Cal Rx-ով ձեր դեղատոմսային դեղերը ստանալու ժամանակ:

Մեր *Դեղացանկը* ներառում է բրենդային, ջեներիկ դեղեր և կենսաբանական արտադրանքներ (որոնք կարող են ներառել կենսանմանություններ):

Օրիգինալ դեղը այն դեղն է, որը վաճառվում է իր ապրանքային նշանով, որը պատկանում է դեղամիջոցի արտադրողին: Կենսաբանական արտադրանքները դեղամիջոցներ են, որոնք ավելի բարդ են, քան բնորոշ դեղերը: Մեր *Դեղացանկում*«դեղեր» ասելով՝ կարող ենք նկատի ունենալ դեղ կամ կենսաբանական արտադրանք:

Համանման դեղերն ունեն նույն ակտիվ բաղադրիչները, ինչ բրենդային դեղերը: Կենսաբանական արտադրանքներն ունեն այլընտրանքներ, որոնք կոչվում են կենսանմանականներ: Ընդհանուր առմամբ, ջեներիկ դեղամիջոցներն և կենսանմանականները գործում են այնպես, ինչպես օրիգինալ դեղամիջոցները կամ կենսաբանական արտադրանքը և սովորաբար ավելի մատչելի են: Կան համանման դեղամիջոցներին փոխարինողներ կամ կենսանման այլընտրանքային միջոցներ, որոնք կարող են օգտագործվել շատ օրիգինալ դեղամիջոցների և որոշ կենսաբանական միջոցների փոխարեն: Որոշ կենսանմաններ փոխարինելի կենսանմաններ են և, կախված նահանգային օրենսդրությունից, կարող են փոխարինվել օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքով դեղատանը առանց նոր դեղատոմսի անհրաժեշտության, ճիշտ այնպես, ինչպես համանման դեղամիջոցները կարող են փոխարինվել ֆիրմային դեղամիջոցներով:

Դեղացանկում ներառվող դեղերի տեսակների սահմանումները տե՛ս **12-րդ գլխում**:

B2. Ինչպես գտնել դեղը մեր *Դեղացանկում*

Պարզելու համար՝ այն դեղամիջոցը, որն օգտագործում եք, ներառված է մեր *Դեղացանկում*, թե ոչ, դուք կարող եք՝

- Այցելեք մեր ծրագրի կայքը՝ kp.org/seniorrx: Մեր *կայքէջի* Դեղացանկը միշտ ամենաթարմն է:
- Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ պարզելու համար՝ արդյո՞ք ձեր դեղամիջոցը մեր Դեղացանկում է, թե ոչ, կամ ստանալու համար ցանկի օրինակը:
- Դեղերը, որոնք ներառված չեն D մասի ապահովագրական ծածկույթում, կարող են փոխհատուցվել Medi-Cal Rx-ի կողմից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Medi-Cal Rx-ի կայք՝ (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/):

- Օգտվեք մեր «Իրական ժամանակում նպաստների գործիքից»՝ kp.org/seniorrx կայքում՝ *Դեղացանկում* դեղեր որոնելու, ձեր վճարելիք գումարի մոտավոր չափը պարզելու և տեսնելու համար, թե արդյոք *Դեղացանկում* կան այլընտրանքային դեղեր, որոնք կարող են բուժել նույն վիճակը: Կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն:

B3. Մեր *Դեղացանկում* ներառված դեղերը

Մենք չենք փոխհատուցում բոլոր դեղերը:

- Որոշ դեղեր ներառված չեն մեր Դեղացանկում, քանի *որ* օրենքը մեզ թույլ չի տալիս փոխհատուցել այդ դեղերի ծախսերը:
- Այլ դեպքերում մենք որոշել ենք չընդգրկել դեղը մեր *Դեղացանկում*:
- Որոշ դեպքերում կարող եք ստանալ մեր *Դեղացանկում* չներառված դեղ: (Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Գլուխ 9**:)

Մեր պլանը չի վճարում այն դեղամիջոցների համար, որոնց ցանկը ներկայացված է այս բաժնում: Դրանք կոչվում են **բացառված դեղեր**: Եթե ձեզ նշանակում են բացառված դեղ, հնարավոր է՝ դրա համար ինքներդ վճարեք: Եթե դուք կարծում եք, որ մենք պետք է վճարենք բացառված դեղի համար՝ հաշվի առնելով ձեր վիճակը, դուք կարող եք բողոքարկել: Բողոքարկումների վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **9-րդ գլուխը**:

Երեք հիմնական կանոն՝ բացառված դեղերի հետ կապված՝

1. Մեր պլանի ամբուլատոր բուժման համար նախատեսված դեղերի ապահովագրական ծածկույթով (որտեղ ներառված են Medicare-ի D մասի դեղերը) չեն փոխհատուցվում այն դեղերը, որոնք արդեն փոխհատուցվում են Medicare-ի A կամ Medicare B մասով: Մեր պլանն անվճար ապահովագրում է Medicare Մաս A-ի կամ Medicare Մաս B-ի ապահովագրական ծածկույթում ներառված դեղերը, սակայն այս դեղերը չեն համարվում ձեր ամբուլատոր դեղերի արտոնության մասը:
2. Մեր պլանը չի կարող փոխհատուցել այն դեղի համար, որը գնել եք Միացյալ Նահանգների տարածքից դուրս:
3. Դեղի օգտագործումը պետք է հաստատված լինի Սննդի և դեղորայքի վերահսկողության վարչության (FDA) կողմից կամ պետք է բժշկի կողմից հատուկ տեղեկանք լինի, որտեղ նշված է, որ դրա օգտագործումը անհրաժեշտ է ձեր հիվանդությունը բուժելու համար: Ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարար կարող է ձեր առողջական վիճակի բուժման համար նշանակել այնպիսի դեղ, որը հաստատված չէ որպես ձեր առողջական վիճակի բուժման միջոց: Սա կոչվում է «ցուցումներից դուրս օգտագործում»: Մեր պլանը սովորաբար չի փոխհատուցում այն դեղերի համար, որոնք նշանակվել են առանց ցուցման օգտագործման համար:

Բայցի այդ, օրենքով Medicare-ը կամ Medi-Cal-ը չեն կարող փոխհատուցել ստորև նշված դեղատեսակները:

- Դեղեր, որոնք օգտագործվում են պտղաբերության խթանման համար:
- Դեղամիջոցներ, որոնք օգտագործվում են հազի կամ մրսածության ախտանիշները թեթևացնելու համար*
- Դեղեր, որոնք օգտագործվում են կոսմետիկ նպատակներով կամ մազերի աճը խթանելու համար:
- Դեղատոմսով դուրս գրվող վիտամիններ և հանքանյութեր, բացառությամբ նախածննդյան վիտամինների և ֆտորիդային* պատրաստուկների:
- Սեռական կամ էրեկտիլ դիսֆունկցիայի բուժման համար օգտագործվող դեղամիջոցներ:
- Անորեքսիայի, քաշի կորստի կամ քաշի ավելացման համար օգտագործվող դեղեր*
- Ամբուլատոր բուժման համար նախատեսված դեղեր, որոնց օգտագործման համար պահանջվում է թեստեր անցնել և ծառայություններ ստանալ դրանք արտադրող ընկերության կողմից:

*Ընտրված ապրանքները կարող են ապահովագրվել Medi-Cal-ի կողմից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Medi-Cal Rx-ի կայք՝ (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/):

B4. *Դեղացանկի* ծախսերի բաշխման մակարդակները

Մեր *Դեղացանկի* ամեն դեղ վեց մակարդակներից մեկում է: Մակարդակը ներկայացնում է մեծապես նույն տեսակի դեղերի խումբ (օրինակ, բրենդի անվանում, վերարտադրված կամ ԱԴ դեղեր): Ընդհանուր առմամբ, որքան բարձր է ծախսերի բաշխման մակարդակը, այնքան բարձր է դեղի համար ձեր վճարելիք գումարը:

- Մակարդակ 1-ը ցանկալի գեներիկ դեղերի համար (այս մակարդակը ներառում է որոշ բրենդի անվանումով դեղեր):
- Մակարդակ 2-ը գեներիկ դեղերի համար (այս մակարդակը ներառում է որոշ բրենդի անվանումով դեղեր):
- Մակարդակ 3՝ Նախընտրելի ապրանքանիշի
- Մակարդակ 4-ը ոչ ցանկալի դեղերի համար (այս մակարդակը ներառում է ինչպես գեներիկ, այնպես էլ բրենդի անվանումով դեղեր):
- Մակարդակ 5-ը հատուկ մակարդակի դեղերի համար (այս մակարդակը ներառում է ինչպես գեներիկ, այնպես էլ բրենդի անվանումով դեղեր):
- Մակարդակ 6՝ Մաս D-ի պատվաստանյութերի համար (այս մակարդակը ներառում է միայն բրենդային դեղեր):

Իմանալու համար, թե որ ծախսերի կիսման մակարդակում է ձեր դեղը, փնտրեք դեղը *Դեղացանկում*:

Այս *Անդամի ձեռնարկի* 6-րդ գլուխը տեղեկություններ է տրամադրում յուրաքանչյուր մակարդակում ներառված դեղերի համար ձեր վճարելիք գումարի չափի մասին:

C. Որոշ դեղերի սահմանափակումները

Որոշ դեղերի համար գոյություն ունեն կանոններ, որոնք սահմանափակումներ են մտցնում, թե ինչպես և երբ պետք է մեր պլանով դրանք փոխհատուցվեն: Ընդհանուր առմամբ, մեր կանոններով խրախուսվում է այնպիսի դեղամիջոց ձեռք բերել, որը նախատեսված է ձեր առողջական վիճակի համար, անվտանգ և արդյունավետ է: Այն դեպքում երբ անվտանգ, ավելի ցածր գին ունեցող դեղը նույն արդյունավետությունն ունի, ինչ ավելի բարձր գին ունեցող դեղը, մենք ակնկալում ենք, որ ձեր բուժծառայություններ մատուցողը ձեզ կնշանակի ավելի ցածր գնով դեղը:

Նկատի ունեցեք, որ երբեմն որևէ դեղ կարող է մեր *Դեղացանկում* մեկից ավելի անգամ նշված լինել: Սա պայմանավորված է նրանով, որ նույն դեղամիջոցները կարող են տարբերվել՝ կախված ձեր բժշկի կողմից նշանակված դեղամիջոցի ուժգնությունից, քանակից կամ ձևից, և դեղամիջոցների տարբեր տարբերակների համար կարող են կիրառվել տարբեր սահմանափակումներ (օրինակ՝ 10 մգ ընդդեմ 100 մգ-ի, մեկ օրական՝ ընդդեմ երկուսի, դեղահաբի՝ ընդդեմ հեղուկի):

Եթե ձեր դեղի համար գործում է հատուկ կանոն, դա սովորաբար նշանակում է, որ դուք կամ ձեր մատակարարը պետք է լրացուցիչ քայլեր ձեռնարկեք, որպեսզի մենք ծածկենք դեղը: Օրինակ՝ ձեր բուժծառայություններ մատուցողը պետք է մեզ տեղեկացնի ձեր ախտորոշման մասին կամ տրամադրի արյան թեստերի արդյունքները: Եթե դուք կամ ձեր մատակարարը կարծում եք, որ մեր կանոնը չպետք է կիրառվի ձեր իրավիճակում, խնդրեք մեզ օգտագործել ապահովագրության վերաբերյալ որոշման գործընթացը՝ բացառություն անելու համար: Մենք կարող ենք համաձայնել կամ չհամաձայնել թույլ տալ ձեզ օգտագործել դեղը՝ առանց ձեր կողմից լրացուցիչ քայլեր ձեռնարկելու:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն Անդամի ձեռնարկի **9-րդ գլուխը**:

1. **Բրենդային դեղի կամ օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքի օգտագործման սահմանափակում, երբ համապատասխանաբար հասանելի է համանման կամ փոխարինելի կենսանման տարբերակ:**

   Ընդհանուր առմամբ, համանման դեղամիջոցը կամ փոխարինելի կենսանմանը գործում են այնպես, ինչպես օրիգինալ դեղամիջոցը կամ կենսաբանական արտադրանքը և սովորաբար ավելի մատչելի են: Եթե գոյություն ունի օրիգինալ դեղի ջեներիկ կամ փոխարինելի կենսանման տարբերակը կամ բնօրինակ կենսաբանական արտադրանքը, ապա մեր ներցանցի դեղատները ձեզ կտան համանման կամ փոխարինելի կենսանման տարբերակը:

   - Մենք սովորաբար չենք վճարում օրիգինալ դեղի համար, երբ հասանելի է համանման տարբերակը:

- Այնուամենայնիվ, եթե ձեր մատակարարը մեզ տրամադրել է բժշկական հիմնավորում, որ համանման դեղը կամ փոխարինելի կենսանման կամ այլ փոխհատուցվող դեղ, որը նախատեսված է նույն առողջական խնդրի համար, արդյունավետ չէ ձեզ համար, մենք կփոխհատուցենք օրիգինալ դեղի համար:

- Ձեր համավճարը կարող է ավելի մեծ լինել բրենդային դեղամիջոցի կամ օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքի համար, քան ընդհանուր դեղամիջոցը կամ փոխարինելի կենսաբանական արտադրանքը:

2. Պլանի կողմից նախապես հաստատում

Որոշ դեղերի համար դուք և ձեր դեղատոմս դուրս գրողը պետք է ստանաք մեր պլանի կողմից հաստատում՝ նախքան ձեր դեղատոմսային դեղը դուրս գրելը: Սա կոչվում է նախնական թույլատվություն: Սա ներդրվում է դեղորայքի անվտանգությունն ապահովելու և որոշակի դեղերի պատշաճ օգտագործումը ուղղորդելու համար: Եթե հաստատում չստանաք, մենք կարող ենք չփոխհատուցել դեղը: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ էջի ներքևում նշված համարով կամ մեր կայքի՝ kp.org/seniorrx միջոցով:

3. Քանակային սահմանափակումներ

Որոշ դեղերի քանակի համար մենք սահմանափակումներ ենք անում: Սա կոչվում է քանակային սահմանափակում: Օրինակ, եթե սովորաբար անվտանգ է համարվում որոշակի դեղամիջոցի համար օրական միայն մեկ հաբ ընդունելը, մենք կարող ենք սահմանափակել դեղամիջոցի քանակը, որը դուք կարող եք ստանալ ձեր դեղատոմսը լրացնելիս ամեն անգամ:

Պարզելու համար, թե արդյոք վերը նշված կանոններից որևէ մեկը վերաբերում է ձեր ընդունած կամ ընդունել ցանկացող դեղին, ստուգեք մեր *Դեղացանկը*: Ամենաթարմ տեղեկությունների համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն կամ այցելեք մեր կայքը՝ kp.org/seniorrx: Եթե համաձայն չեք վերոնշյալ պատճառներից որևէ մեկի վրա հիմնված մեր ապահովագրական որոշման հետ, կարող եք այն բողոքարկել: Տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9-ը**:

D. Ձեր դեղը չծածկելու պատճառները

Մենք փորձում ենք այնպես անել, որպեսզի ձեր դեղերի ապահովագրական ծածկույթը հարմար լինի ձեզ, բայց երբեմն դեղերի ծախսը չենք կարող փոխհատուցել այնպես, ինչպես դուք կցանկանայիք: Օրինակ.

- Մեր պլանը չի փոխհատուցում այն դեղերի համար, որոնք դուք եք ցանկանում ընդունել: Դեղը կարող է չլինել մեր *Դեղացանկում*: Մենք կարող ենք փոխհատուցել գեներիկ դեղի արժեքը, բայց ոչ օրիգինալ դեղի արժեքը, որը ցանկանում եք ընդունել: Դեղը կարող է լինել նոր, և մենք դեռևս հասցրած չլինենք ստուգել դրա անվտանգությունը և արդյունավետությունը:

- Մեր պլանը փոխհատուցում է դեղի արժեքը, սակայն կան փոխհատուցման հատուկ կանոններ կամ սահմանափակումներ: Ինչպես բացատրված է վերևի բաժնում, որոշ դեղերի համար, որոնք մեր պլանը փոխհատուցում է, կան կանոններ, որոնք սահմանափակում են դրանց օգտագործումը: Որոշ դեպքերում դուք կամ ձեզ դեղ նշանակողը կարող է դիմել մեզ՝ բացառություն անելու համար:

- Դեղը ապահովագրված է, բայց ծախսերի համավճարի մակարդակով, որը ձեր ծախսը դարձնում է ավելի թանկ, քան դուք կարծում եք, որ պետք է լինի:

Կան գործողություններ, որոնք կարող եք կատարել, եթե մենք չենք փոխհատուցում դեղի արժեքն այնպես, ինչպես դուք կցանկանայիք:

D1. Ժամանակավոր պաշար ստանալը

Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք ձեզ տրամադրել դեղի ժամանակավոր մատակարարում, երբ դեղը մեր *Դեղացանկում* ներառված չէ կամ սահմանափակ քանակությամբ է բաց թողնվում: Այդ ընթացքում դուք կարող եք խորհրդակցել ձեր բուժծառայություններ մատուցողի հետ, որպեսզի ձեզ ուրիշ դեղ նշանակի, կամ մեզ դիմել՝ դեղի արժեքը փոխհատուցելու համար:

Դեղի ժամանակավոր պաշար ստանալու համար պետք է բավարարեք ստորև նշված երկու կանոններին:

1. Ձեր ընդունած դեղը՝

- Այլևս մեր *Դեղացանկում* է, **կամ**

- Երբեք չի եղել մեր *Դեղացանկում*, **կամ**

- ներկայումս սահմանափակումներ կան դեղի հետ կապված:

2. Դուք պետք է գտնվեք հետևյալ իրավիճակներից մեկում՝

- Դուք ներառված եք եղել մեր պլանում անցյալ տարի:

  - Մենք փոխհատուցում ենք ձեր դեղերի ժամանակավոր մատակարարման համար մեր պլանում ձեր գրանցվելուց հետո **առաջին 90 օրերի ընթացքում:**

  - Այս ժամանակավոր պաշարը նախատեսված է մինչև **30 օրվա** համար:

  - Եթե ձեր դեղատոմսային դեղը նշանակված է ավելի քիչ օրերի համար, մենք թույլ ենք տալիս ստանալ դեղորայքի առավելագույնը 30-օրյա պաշար: Դուք պետք է դեղատոմսային դեղը ստանաք ցանցի դեղատնից:

  - Երկարաժամկետ բուժօգնություն տրամադրող դեղատները կարող են ձեզ տրամադրել քիչ քանակով դեղատոմսային դեղեր, որպեսզի դրանց օգտագործման ժամկետը չլրանա:

- Դուք մեր պլանի նոր անդամ եք:
  - Մենք փոխհատուցում ենք ձեր դեղերի ժամանակավոր մատակարարման համար **մեր պլանում ձեր գրանցվելուց հետո առաջին 90 օրերի ընթացքում:**
  - Այս ժամանակավոր պաշարը նախատեսված է մինչև 30 օրվա համար:
  - Եթե ձեր դեղատոմսային դեղը նշանակված է ավելի քիչ օրերի համար, մենք թույլ ենք տալիս ստանալ դեղորայքի առավելագույնը 30-օրյա պաշար: Դուք պետք է դեղատոմսային դեղը ստանաք ցանցի դեղատնից:
  - Երկարաժամկետ բուժօգնություն տրամադրող դեղատները կարող են ձեզ տրամադրել քիչ քանակով դեղատոմսային դեղեր, որպեսզի դրանց օգտագործման ժամկետը չլրանա:
- Դուք մեր պլանում գրանցված եք ավելի քան 30 օր, ապրում եք երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունում և ձեզ անհրաժեշտ է դեղի ապահովումը հենց հիմա:
  - Մենք փոխհատուցում ենք մեկ անգամ՝ 31-օրյա մատակարարման համար, կամ ավելի քիչ, եթե դեղատոմսային դեղը նշանակված է ավելի քիչ օրերի համար: Սա հավելում է վերը նշված ժամանակավոր մատակարմանը:
  - Եթե դուք ընդունվում եք կամ դուրս եք գրվում հիվանդանոցից, մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունից կամ երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունից և գնում եք այլ խնամքի հաստատություն կամ տուն, դա կոչվում է խնամքի մակարդակի փոփոխություն: Երբ ձեր խնամքի մակարդակը փոխվում է, ձեզ կարող է անհրաժեշտ լինել ձեր դեղորայքի հավելյալ դուրսգրում: Մենք հիմնականում փոխհատուցում ենք D մասի դեղերի մեկամսյա մատակարարման համար խնամքի մակարդակի փոփոխման այս ընթացքում, եթե անգամ դեղը չկա մեր *Դեղացանկում*:

D2. Ժամանակավոր պաշար խնդրելը

Դեղի ժամանակավոր մատակարարման համար դիմելու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:

Երբ ստանաք դեղամիջոցի ժամանակավոր փոխհատուցում, խորհրդակցեք ձեր բժշկի հետ, թե ինչ պետք է անեք, երբ ժամանակավոր փոխհատուցման ժամկետը լրանա: Ահա ձեր տարբերակները՝

- Փոխարինել դեղը մեկ ուրիշով:
  Մեր պլանը կարող է փոխհատուցել մեկ այլ դեղ, որը հարմար է ձեզ: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ նույն առողջական խնդրի համար նախատեսված մեր կողմից ապահովագրված դեղերի ցանկը պահանջելու համար: Ցանկում ձեր բուժծառայություններ մատուցողը կարող է գտնել փոխհատուցվող դեղը, որը կարող է արդյունավետ լինել ձեզ համար:

  ԿԱՄ

- Դիմել բացառության համար:
  Դուք և ձեր մատակարարը կարող եք մեզանից բացառություն խնդրել ձեզ համար: Օրինակ՝ դուք կարող եք դիմել մեզ փոխհատուցելու այն դեղի համար, որը մեր *Դեղացանկում* չկա, կամ փոխհատուցելու դեղի համար առանց սահմանափակումների: Եթե ձեր բուժծառայություններ մատուցողի կարծիքով ձեր առողջական վիճակի դեպքում կարելի է դիմել բացառության համար, խնդրեք նրան օգնել ձեզ այդ հարցում:

D3. Բացառություն խնդրելը

Եթե այն դեղը, որ դուք օգտագործում եք, դուրս է հանվելու մեր *Դեղացանկից* կամ ինչ-որ սահմանափակում է կիրառվելու դրա համար հաջորդ տարի, մենք ձեզ թույլ ենք տալիս մինչև հաջորդ տարի դիմել բացառության համար:

- Մենք ձեզ տեղեկացնում ենք հաջորդ տարի ձեր դեղի փոխհատուցման ցանկացած փոփոխության մասին: Դիմեք մեզ՝ ձեզ համար բացառություն անելու և դեղի համար փոխհատուցելու հաջորդ տարի, ինչպես դուք եք ցանկանում:

- Մենք պատասխանում ենք ձեզ համար բացառություն անելու ձեր հայցադիմումին (կամ ձեր դեղը նշանակողի հիմնավորող գրությանը)՝ այն ստանալուց 72 ժամ հետո:

- Եթե մենք հաստատենք ձեր հարցումը, մենք կթույլատրենք դեղամիջոցի ապահովագրությունը մինչև փոփոխության ուժի մեջ մտնելը:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն Անդամի ձեռնարկի **9-րդ գլուխը**:

Եթե բացառություն խնդրելու հարցում օգնության կարիք ունեք, կապվեք Անդամների սպասարկման ծառայության հետ:

E. Ձեր դեղերի ծածկույթի փոփոխությունները

Դեղի փոխհատուցման փոփոխությունները մեծ մասամբ տեղի են ունենում հունվարի 1-ին, բայց մենք կարող ենք նաև տարվա ընթացքում մեր *Դեղացանկում* ավելացնել կամ այնտեղից հանել դեղեր: Մենք կարող ենք նաև փոփոխել դեղերի հետ կապված մեր կանոնները: Օրինակ՝ մենք կարող ենք.

- Որոշել՝ պահանջե՞լ, թե՞ չպահանջել դեղի նախնական հաստատումը (PA) (մեր թույլտվությունը՝ նախքան կկարողանաք դեղը ստանալ):

- Ավելացնել կամ փոփոխել դեղի քանակը, որը դուք կարող եք ստանալ (քանակի սահմանափակումներ):

- Օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքը փոխարինել կենսաբանական արտադրանքի փոխարինելի կենսանման տարբերակով:

Մենք պետք է հետևենք Medicare-ի պահանջներին՝ նախքան մեր ծրագրի *Դեղացանկում* փոփոխություններ կատարելը: Այս դեղերի կանոնների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Գ բաժինը:**

Եթե ընդունում եք այնպիսի դեղ, որը մենք փոխհատուցել ենք տարվա **սկզբին** , սովորաբար **տարվա մնացած ժամանակահատվածում** չենք հանի այդ դեղը Դեղացանկից կամ չենք փոխի դրա ծածկույթը, բացառությամբ հետևյալ դեպքերի՝

- շուկայում հայտնվում է նոր, ավելի մատչելի դեղ, որը նույնքան արդյունավետ է, որքան ներկայումս մեր *Դեղացանկում* ներառված դեղը, **կամ**
- իմանում ենք, որ դեղն անվտանգ չէ, **կամ**
- դեղը դուրս է գալիս շուկայից:

Ի՞նչ է տեղի ունենում, եթե ձեր ընդունած դեղի ծածկույթը փոխվում է:

Ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար մեր *Դեղացանկի* փոփոխությունների մասին՝

- Ստուգեք մեր ընթացիկ *Դեղացանկը* առցանց՝ kp.org/seniorrx կայքում, **կամ**
- Դուք կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն այս էջի ներքևում նշված համարով՝ ընթացիկ *Դեղացանկը* ստուգելու համար:

Ընթացիկ ծրագրային տարվա ընթացքում *Դեղացանկում* կատարվող փոփոխությունները, որոնք վերաբերում են ձեզ

Դեղացանկի որոշ փոփոխություններ ուժի մեջ կմտնեն **անմիջապես**: Օրինակ՝

Նոր համանման դեղ է հասանելի դառնում: Երբեմն նոր գեներիկ դեղ է մտնում շուկա, որը նույն արդյունավետությունն ունի, ինչ օրիգինալ դեղը, որը ներառված է *Դեղացանկում*: Երբ դա տեղի է ունենում, մենք կարող ենք հանել օրիգինալ դեղը և դրա փոխարեն ավելացնել նոր ջեներիկ դեղը, բայց նոր դեղի համար ձեր ծախսը կմնա նույնը կամ ավելի քիչ կլինի: Երբ մենք ավելացնում ենք նոր գեներիկ դեղը, մենք կարող է որոշենք Դեղացանկում պահել նաև օրիգինալ դեղը, բայց փոփոխել վերջինիս փոխհատուցման կանոնները և սահմանափակումները:

- Նախքան այս փոփոխությունը կատարելը՝ մենք կարող ենք ձեզ չտեղեկացնել այդ մասին, բայց պարտադիր կտեղեկացնենք, երբ տեղի ունենա որևէ կոնկրետ փոփոխություն:
- Դուք կամ ձեր բուժծառայություններ մատուցողը կարող եք դիմել, որպեսզի այս փոփոխությունների համար ձեզ բացառություն անեն: Մենք կուղարկենք ծանուցում այն քայլերի մասին, որոնք պետք է ձեռնարկեք՝ բացառության խնդրանքով հանդես գալու համար: Բացառությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս Անդամի ձեռնարկի **Գլուխ 9**-ը:

Անվտանգ չլինող դեղերի և շուկայից հանված այլ դեղերի հեռացում: Երբեմն դեղամիջոցը կարող է համարվել անվտանգ չէ կամ հանվել շուկայից մեկ այլ պատճառով: Եթե դա տեղի ունենա, մենք կարող ենք անմիջապես հեռացնել այն մեր *Դեղացանկից*: Եթե դուք դեղ եք ընդունում, մենք ձեզ ծանուցում կուղարկենք փոփոխությունը կատարելուց հետո: Ձեզ դեղ նշանակող բժիշկը նույնպես կտեղեկացվի այս փոփոխության մասին և կօգնի ձեզ գտնել ձեր առողջական խնդրին համապատասխան այլ դեղ:

Մենք կարող ենք նաև կատարել այլ փոփոխություններ, որոնք կազդեն ձեր ընդունած դեղերի վրա:
Մենք ձեզ նախապես տեղեկացնում ենք մեր *Դեղացանկում* կատարված նմանատիպ փոփոխությունների մասին: Այդ փոփոխությունները կարող են կատարվել, եթե՝

- FDA-ը նոր ցուցումներ է տվել կամ նոր կլինիկական ցուցումներ կան դեղամիջոցի վերաբերյալ:

Երբ այս փոփոխությունները տեղի են ունենում, մենք՝

- Տեղեկացնել ձեզ *Դեղացանկում* փոփոխություն կատարելուց առնվազն 30 օր առաջ **կամ**
- Տեղեկացնում ենք ձեզ այդ մասին և տրամադրում ենք դեղամիջոցի 30-օրյա ապահովում, երբ դուք խնդրում եք այն ստանալ:

Սա ձեզ ժամանակ է տալիս, որպեսզի խորհրդակցեք ձեր բժշկի կամ դեղ նշանակողի հետ: Նրանք կարող են օգնել ձեզ պարզել՝

- Արդյո՞ք դուք դրա փոխարեն կարող եք օգտագործել մեր *Դեղացանկում* առկա ուրիշ դեղամիջոց, **կամ**
- Եթե դուք պետք է խնդրեք բացառություն այս փոփոխություններից, որպեսզի շարունակեք ստանալ այն դեղամիջոցի կամ դեղամիջոցի տարբերակի փոխհատուցումը, որը դուք ընդունում էիք: Բացառությունների հայտ ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի** 9-րդ գլուխը:

***Դեղացանկում* կատարվող փոփոխություններ, որոնք չեն ազդում ձեզ վրա ընթացիկ ծրագրային տարվա ընթացքում**

Մենք կարող ենք ձեր կողմից ընդունվող, սակայն ձեզ վրա այլևս չազդող դեղերը փոփոխել: Նման փոփոխությունների դեպքում, եթե ընդունում եք այնպիսի դեղ, որը մենք փոխհատուցել ենք տարվա **սկզբին** , սովորաբար **տարվա մնացած ժամանակահատվածում** չենք հանի այդ դեղը Դեղացանկից կամ չենք փոխի դրա ծածկույթը, բացառությամբ հետևյալ դեպքերի:

Օրինակ, եթե մենք հանում ենք այն դեղը, որը դուք ընդունում եք, սահմանափակում է դրա օգտագործումը, ապա փոփոխությունը չի ազդի ձեր դեղամիջոցի օգտագործման վրա տարվա մնացած հատվածի համար:
Եթե այս փոփոխություններից որևէ մեկը տեղի է ունենում ձեր ընդունած դեղամիջոցի համար (բացառությամբ վերը նշված բաժնում նշված փոփոխությունների), փոփոխությունը չի ազդի ձեր օգտագործման վրա մինչև հաջորդ տարվա հունվարի 1-ը:

Մենք ձեզ չենք հայտնի ընթացիկ տարվա ընթացքում այս տեսակի փոփոխությունների մասին ուղղակիորեն: Հաջորդ ծրագրային տարվա *Դեղացանկը* հասանելի լինելու դեպքում (բաց գրանցման ժամանակահատվածում) անհրաժեշտ կլինի ստուգել այն՝ պարզելու համար, թե արդյոք կան փոփոխություններ, որոնք կազդեն ձեզ վրա հաջորդ ծրագրային տարվա ընթացքում:

F. Դեղերի փոխհատուցումը հատուկ դեպքերում

F1. Հիվանդանոցում կամ հմուտ բուժքույրական խնամքի հաստատությունում մեր ծրագրի կողմից ծածկվող մնալու ընթացքում

Եթե դուք ընդունվում եք հիվանդանոց կամ մասնագիտացված խնամքի հաստատություն, որոնց կեցության համար փոխհատուցում է մեր պլանը, մենք սովորաբար փոխհատուցում ենք ձեր դեղերի համար՝ ձեր այնտեղ գտնվելու ընթացքում: Դուք համավճար չեք վճարի: Երբ դուք դուրս եք գրվում հիվանդանոցից կամ մասնագիտացված խնամքի հաստատությունից, մենք փոխհատուցում ենք ձեր դեղերի համար այնքան ժամանակ, քանի դեռ դեղերը համապատասխանում են մեր փոխհատուցման բոլոր կանոններին:

Ձեր դեղերի ծածկույթի վերաբերյալ որոշումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **6-րդ գլուխը**:

F2. Երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունում

Սովորաբար երկարատև խնամքի հաստատությունները, ինչպիսիք են ծերանոցները, ունեն իրենց սեփական դեղատները կամ այնպիսի դեղատներ, որոնք դեղեր են ապահովում իրենց բոլոր հիվանդներին: Եթե դուք ապրում եք երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունում, դուք կարող եք ձեռք բերել ձեր դեղերը հաստատության դեղատնից, եթե այն ներառված է մեր ցանցում:

Ստուգեք *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*՝ պարզելու համար, թե արդյոք ձեր երկարաժամկետ խնամքի հաստատության դեղատունը մեր ցանցի մաս է կազմում: Եթե ներառված չէ ցանցում, կամ եթե ձեզ անհրաժեշտ են լրացուցիչ տեղեկություններ, դիմեք Անդամների սպասարկման կենտրոն:

F3. Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսպիսային ծրագրում

Դեղերը երբեք չեն փոխհատուցվում միաժամանակ թե՛ հոսպիսի, և թե՛ մեր պլանի կողմից:

- Դուք կարող եք գրանցված լինել Medicare-ի հոսպիսի ծրագրում և պահանջել որոշ դեղամիջոցներ (օրինակ՝ ցավազրկող, սրտխառնոցի դեմ, լուծողական կամ անհանգստության դեմ դեղեր), որոնց համար ձեր հոսպիսը չի փոխհատուցում, քանի որ այդ դեղամիջոցները չեն առնչվում ձեր անբուժելի հիվանդության կանխատեսման և առողջական խնդիրների հետ: Այս դեպքում, մեր պլանը պետք է ծանուցում ստանա դեղը նշանակողից կամ ձեր հոսպիսի բուժծառայություններ մատուցողից այն մասին, որ դեղի համար նրանք փոխհատուցում չեն տրամադրում՝ նախքան մենք կկարողանանք փոխհատուցել այն:
- Չփոխհատուցվող դեղերի ստացման ուշացումը կանխելու համար, որոնց համար պետք է փոխհատուցի մեր պլանը, կարող եք խնդրել ձեր հոսպիսի բուժծառայություններ մատուցողին կամ դեղատոմս նշանակողին, որպեսզի համոզվեն, որ մենք ծանուցում ստացել ենք այն մասին, որ դեղի համար նրանք փոխհատուցում չեն տրամադրում՝ նախքան դեղատնից կվնդրեք դեղը:

Եթե դադարեցնեք հոսպիսային խնամքը, մեր պլանը կծածկի ձեր բոլոր դեղերը: Որպեսզի դեղատանը չուշացնեն դեղերի տրամադրումը, երբ ավարտվի Medicare-ի հոսփիսի նպաստը, ձեզ հետ համապատասխան փաստաթղթեր տարեք դեղատուն, որոնք կհաստատեն, որ դուք դուրս եք եկել հոսփիսից:

Անցեք այս գլխի սկիզբ, որտեղ նշված է մեր պլանով փոխհատուցվող դեղերի մասին: Հոսպիսային խնամքի նպաստի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **4-րդ գլուխը**:

G. Դեղերի անվտանգության և դեղերի կառավարման ծրագրեր

G1. Ծրագրեր, որոնք օգնում են ձեզ անվտանգ օգտագործել դեղերը

Ամեն անգամ, երբ դուք դեղատոմսով բաց թողնվող դեղեր եք ստանում, մենք հետևում ենք, որպեսզի հնարավոր խնդիրներ չծագեն դրանց օգտագործման հետ կապված, օրինակ՝ դրանք սխալ դեղեր չլինեն կամ այնպիսի դեղեր, որոնք

- ձեզ անհրաժեշտ չեն, քանի որ հնարավոր է՝ դուք ընդունում եք մեկ ուրիշ դեղամիջոց, որը նույն արդյունավետությունն ունի:
- կարող են անվտանգ չլինել ձեր տարիքի կամ սեռի համար:
- կարող են վնասել ձեզ, եթե դրանք միաժամանակ ընդունեք:
- պարունակում են այնպիսի բաղադրիչներ, որոնց նկատմամբ դուք ալերգիկ եք կամ հնարավոր է՝ ալերգիա ունենաք:
- կարող է սխալ լինել քանակի (դեղաչափի) մեջ
- պարունակում են վտանգավոր քանակությամբ օփիոիդային ցավազրկող նյութեր:

Եթե մենք ձեր կողմից օգտագործվող դեղերի հետ կապված հնարավոր խնդիր բացահայտենք, մենք կքննարկենք ձեր մատակարարի հետ՝ խնդիրը շտկելու համար:

G2. Ծրագրեր, որոնք օգնում են ձեզ օգտագործել դեղերը

Մեր պլանն ունի առողջապահական բարդ կարիքներ ունեցող անդամներին օգնելու պլան: Նման դեպքերում դուք կարող եք իրավունք ունենալ անվճար ստանալու ծառայությունները Դեղորայքային բուժման կառավարման (MTM) ծրագրի շրջանակներում: Այս պլանը կամավոր է և անվճար: Այս պլանը օգնում է ձեզ և ձեր բուժծառայություններ մատուցողին համոզվել, որ այն դեղամիջոցները, որ ընդունում եք, բարելավում են ձեր առողջությունը: Եթե դուք համապատասխանեք այդ ծրագրին, դեղագործը կամ առողջապահական այլ մասնագետ ձեզ կներկայացնի ձեր բոլոր դեղերի ընդհանուր բնութագիրը և ձեզ հետ կխոսի հետևյալի շուրջ.

- ինչպե՞ս առավելագույն օգուտ ստանալ ձեր ընդունած դեղերից:
- կլսի ձեր մտահոգությունները, օրինակ՝ կապված դեղերի ծախսերի և դեղերից առաջացած ռեակցիաների մասին:

- ինչպես ճիշտ ընդունել դեղերը։
- Ցանկացած հարց կամ խնդիր, որ ունեք ձեր դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի - -դուրս գրվող դեղերի վերաբերյալ:

Հետո ձեզ կտրամադրեն՝

- Այս քննարկման գրավոր ամփոփագիրը: Ամփոփագրում տրված են հրահանգներ՝ դեղամիջոցների օգտագործման վերաբերյալ, թե ինչպես պետք է դրանք ճիշտ ընդունեք։
- Անձնական դեղերի ցանկ, որտեղ նշված են բոլոր դեղերը, որոնք ընդունում եք, որքան եք ընդունում և ինչու եք ընդունում:
- Տեղեկատվություն՝ դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի անվտանգ օգտահանման մասին, որոնք օրենքով վերահսկվող նյութեր են:

Գերադասելի է բժշկի հետ խոսել ձեր գործողությունների պլանի և դեղերի ցանկի մասին:

- Վերցրեք ձեր գործողությունների պլանը և դեղացանկը՝ բժիշկների, դեղագործների և այլ բուժծառայություններ մատուցողների մոտ այցերի ժամանակ
- Վերցրեք ձեր դեղերի ցանկը, եթե գնում եք հիվանդանոց կամ շտապ օգնության բաժին

MTM ծրագրերը կամավոր են և անվճար՝ համապատասխանող անդամների համար: Եթե մենք ունենք պլան, որը նախատեսված է ձեր կարիքների համար, մենք ձեզ գրանցում ենք ծրագրում և այդ մասին ձեզ տեղեկացնում ենք: Եթե դուք չեք ցանկանում մասնակցել ծրագրին, տեղեկացրեք մեզ, և մենք ձեզ կհանենք ծրագրից։

Եթե այս ծրագրերի վերաբերյալ հարցեր ունեք, կապվեք Անդամների սպասարկման ծառայության հետ:

G3. Դեղերի կառավարման պլան (DMP), որն օգնում է անդամներին անվտանգ օգտագործել օփիոիդային դեղերը

Մենք ունենք պլան, որն օգնում է համոզվել, որ անդամներն ապահով կերպով օգտագործում են դեղատոմսով տրվող օփիոիդներ և հաճախակի չարաշահվող այլ դեղամիջոցներ: Այս պլանը կոչվում է Drug Management պլան (DMP):

Եթե դուք օգտագործում եք օփիոդային դեղամիջոցներ, որոնք ստանում եք մի քանի դեղատոմս դուրս գրողներից կամ դեղատներից, կամ եթե վերջերս օփիոդային դեղամիջոցների չափից մեծ դոզա եք ստացել, մենք կարող ենք խոսել ձեր դեղատոմս դուրս գրողների հետ՝ համոզվելու համար, որ ձեր կողմից օփիոդային դեղամիջոցների օգտագործումը տեղին է և բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ: Խորհրդակցելով ձեր դեղատոմս դուրս գրողի հետ՝ եթե մենք որոշենք, որ դեղատոմսով բաց թողնվող օփիոիդների կամ բենզոդիազեպինների օգտագործումը ձեզ համար անվտանգ չէ, մենք կարող ենք սահմանափակումներ մտցնել: Եթե մենք ձեզ տեղավորենք մեր DMP-ում, սահմանափակումները կարող են ներառել՝

- Ձեզնից կարող է պահանջվել, որպեսզի ստանաք այս բոլոր դեղատոմսային դեղերը որոշ դեղատներից և/կամ որոշ բժիշկներից:
- Պահանջել, որ դուք ստանաք ձեր բոլոր օփիոիդային կամ բենզոդիազեպինային դեղամիջոցների դեղատոմսերը որոշակի դեղատոմսեր տրամադրողից
- Մենք կարող ենք սահմանափակել այս դեղերի քանակը, որոնց համար ձեզ փոխհատուցում ենք:

Եթե մենք մտադիր ենք սահմանափակել այս դեղերի ստացման եղանակը կամ քանակը, մենք ձեզ նախապես նամակ կուղարկենք: Նամակով ձեզ կտեղեկացնենք այն մասին, թե արդյոք մենք կսահմանափակենք այս դեղերի ծածկույթը ձեզ համար, և արդյոք ձեզանից կպահանջվի ստանալ այդ դեղերի դեղատոմսերը միայն կոնկրետ մատակարարից կամ դեղատնից:

Դուք հնարավորություն կունենաք մեզ տեղեկացնելու, թե որ դեղատոմս նշանակող բժիշկներից կամ դեղատներից եք նախընտրում օգտվել, ինչպես նաև հայտնել ցանկացած տեղեկություն, որը, ձեր կարծիքով, կարևոր է, որ մենք իմանանք: Ձեր հաղորդած տեղեկությունների հիման վրա, եթե մենք որոշենք սահմանափակել ձեր փոխհատուցումը այս դեղերի համար, մենք ձեզ մեկ այլ նամակ կուղարկենք, որտեղ նշված կլինեն սահմանափակումները:

Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, համաձայն չեք մեր որոշման կամ սահմանափակման հետ, դուք և ձեր դեղատոմսով դեղագործը կարող եք բողոքարկել այն: Եթե բողոքարկեք, մենք կվերանայենք ձեր գործը և նոր որշումը կուղարկենք ձեզ գրավոր կերպով: Եթե մենք շարունակաբար մերժենք ձեր բողոքարկման հայցի որևէ կետ՝ կապված այս դեղերի հասանելիության սահմանափակումների հետ, մենք ձեր գործն ավտոմատ կերպով կուղարկենք Անկախ վերանայման կազմակերպություն (IRO): (Բողոքարկումների և IRO-ի մասին ավելին իմանալու համար տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **9-րդ գլուխը**:

Դեղերի կառավարման պլանը կարող է ձեզ համար չկիրառվել, եթե դուք

- Որոշակի առողջական խնդիրներ ունեք, օրինակ՝ քաղցկեղ կամ մանգաղաբջջային հիվանդություն,
- ստանում եք հոսպիսային, պալիատիվ կամ կյանքի ավարտի խնամք, **կամ**
- ապրում եք երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունում,

Գլուխ 6. Ինչ եք վճարում Medicare-ի և Medi-Cal-ի դեղամիջոցների համար

Ներածություն

Այս գլխում բացատրվում է, թե ինչքան պետք է վճարեք ձեր ամբուլատոր բուժման դեղատոմսային դեղերի համար: «Դեղեր» ասելով՝ մենք նկատի ունենք՝

- Medicare Մաս D-ի դեղեր, **և**
- Այն դեղերն ու պարագաները, որոնց համար փոխհատուցվում է Medi-Cal Rx ծրագրով, **ինչպես նաև,**
- Այն դեղերը և պարագաները, որոնք ներառված են մեր պլանի ապահովագրական ծածկույթում որպես լրացուցիչ նպաստներ:

Քանի որ դուք իրավունակ եք Medi-Cal-ի համար, դուք ստանում եք «Լրացուցիչ օգնություն» Medicare-ից, որը նպատակ ունի օգնել ձեզ վճարել Medicare-ի D մասի դեղատոմսային դեղերի համար: Մենք ձեզ կուղարկենք առանձին ներդիր, որը կոչվում է «Ապահովագիր այն անձանց համար, որոնք լրացուցիչ օգնություն են ստանում դեղատոմսային դեղերի վճարման համար» (նաև կոչվում է «Ցածր եկամուտներ ունեցողների համար դրամական օժանդակություն» կամ «LIS Rider»), որտեղ նշված է ձեր դեղերի փոխհատուցման մասին: Եթե դուք չունեք այս ներդիրը, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին և նրանցից պահանջեք «LIS Rider»-ը:

> **Լրացուցիչ օգնություն** Medicare-ի պլան է, որն օգնում է սահմանափակ եկամուտներով և հնարավորություններով մարդկանց կրճատել Medicare-ի D մասի դեղատոմսային դեղերի ծախսերը՝ ապահովագրավճարները, չհատուցվող գումարի (ֆրանշիզա) չափը և համավճարները: Լրացուցիչ օգնությունը կոչվում է նաև «Ցածր եկամուտներ ունեցողների սուբսիդիա» կամ «LIS»:

Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով այս *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս այստեղ՝

- Ապահովագրված դեղերի ցանկ:
  - Մենք սա անվանում ենք «*Դեղացանկ*»: Այն ձեզ տեղեկացնում է՝
    - որ դեղերի համար ենք մենք վճարում

  - թե յուրաքանչյուր դեղ 6 մակարդակներից որում է ներառված
  - արդյոք դեղերի համար կան սահմանափակումներ
- Եթե ձեզ անհրաժեշտ է մեր *Դեղացանկի* օրինակը, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Մեր *Դեղացանկի* ամենաթարմ տարբերակը կարող եք գտնել նաև մեր կայքում՝ kp.org/seniorrx:
- Դեղերի մեծ մաս, որը դուք ստանում եք դեղատնից, փոխհատուցվում են Kaiser Permanente Dual Complete -ի պլանով: Այլ դեղամիջոցներ, օրինակ՝ որոշ առանց դեղատոմսի դեղեր (OTC) և վիտամիններ, կարող են փոխհատուցվել Medi-Cal Rx-ով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Medi-Cal Rx-ի կայք՝ (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/): Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-977-2273 հեռախոսահամարով: Խնդրում ենք բերել ձեր Medi-Cal-ի շահառուի նույնականացման քարտը (BIC) Medi-Cal Rx-ի միջոցով դեղատոմսեր ստանալու ժամանակ:

- **5-րդ գլուխ** *Անդամի ձեռնարկի*:
  - Բացատրում է, թե ինչպես ստանալ ամբուլատոր դեղերը մեր ծրագրի միջոցով:
  - Այստեղ նշված են այն կանոնները, որոնց դուք պետք է հետևեք: Այստեղ նաև նշված է, թե որ դեղերը մեր պլանով չեն փոխհատուցվում:
  - Երբ ծրագրի «Իրական ժամանակում նպաստների գործիքի» միջոցով ստուգում եք դեղի ծածկույթը (տե՛ս **5-րդ գլխի Բ2 բաժինը**), նշված արժեքը ձեր կողմից վճարվելիք ակնկալվող ծախսերի մոտավոր չափն է: Մանրամասների համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:
- Մեր *Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրք*:
  - Շատ **դեպքերում** փոխհատուցվող դեղը ստանալու համար դուք պետք է օգտվեք ցանցի դեղատնից: Ցանցի դեղատներն այն դեղատներն են, որոնք համաձայնել են համագործակցել մեզ հետ:
  - **Մատակարարների** *և դեղատների տեղեկատուն* ներառում է մեր ցանցի դեղատների ցանկը: Մեր ցանցի դեղատների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **5-րդ գլուխը**:

Գլուխ 6 Բովանդակություն

A. *Նպաստների բացատրություն* (EOB) 244

B. Ինչպես հետևել ձեր դեղերի ծախսերին 245

B1. Ի՞նչ անել, եթե այս ամփոփագրում սխալներ հայտնաբերեք.....246

B2. Իսկ հնարավոր խարդախության դեպքու՞մ 246

C. Medicare Մաս D-ի դեղերի վճարման փուլերը....247

D. Փուլ 1. Սկզբնական փոխհատուցում....247

D1. Ձեր դեղատան ընտրության հնարավորությունները....248

D2. Դեղերի երկարաժամկետ պաշար ստանալը....248

D3. Ձեր վճարելիք գումարը....248

D4. Սկզբնական փոխհատուցման ավարտ....250

E. Փուլ 2. Աղետային պայմաններում փոխհատուցում....250

F. Ձեր դեղերի ծախսերը, եթե ձեր բժիշկը նշանակում է մեկ ամսվա պաշարից պակաս....250

G. Ինչ եք վճարում Մաս D-ի պատվաստանյութերի համար....251

G1. Ինչ պետք է իմանաք պատվաստանյութ ստանալուց առաջ....251

G2. Ինչ եք վճարում Medicare Մաս D-ի կողմից ծածկվող պատվաստանյութի համար....252

A. *Նպաստների բացատրություն* (EOB)

Մեր պլանը հետևում է ձեր դեղերի ծախսերին և դեղատնից դեղատոմսեր ստանալիս կատարվող վճարումներին: Մենք հետևում ենք երկու տեսակի ծախսերին՝

- Ձեր **գրպանից վճարվող ծախսերը**: Սա այն գումարն է, որը դուք կամ ձեր անունից ուրիշները վճարում եք ձեր դեղատոմսային դեղերի ձեռքբերման համար: Սա ներառում է այն, ինչ դուք վճարել եք, երբ ստացել եք Մաս D-ի դեղամիջոց, ձեր դեղերի համար ընտանիքի անդամների կամ ընկերների կողմից կատարված ցանկացած վճարում, ձեր դեղերի համար Medicare-ի լրացուցիչ օգնության, գործատուի կամ արհմիության առողջապահական ծրագրերի, Հնդկական առողջապահական ծառայության, ՁԻԱՀ-ի դեղերի օգնության ծրագրերի, բարեգործական կազմակերպությունների և պետական դեղագործական օգնության ծրագրերի (SPAP) մեծ մասի կողմից կատարված ցանկացած վճարում:

- Ձեր **դեղերի ընդհանուր ծախսերը**: Սա բոլոր վճարումների ընդհանուր գումարն է ձեր ապահովագրված Մաս D դեղերի համար: Այն ներառում է այն, ինչ վճարել է մեր պլանը, և ինչ այլ ծրագրեր կամ կազմակերպություններ են վճարել ձեր ապահովագրված Մաս D-ի դեղերի համար:

Երբ մեր ծրագրի միջոցով դեղեր եք ստանում, մենք ձեզ ուղարկում ենք *«Նպաստների բացատրություն» (EOB)* կոչվող ամփոփագիր: Այն համառոտ կոչվում է EOB: EOB-ը օրինագիծ չէ: EOB-ում տարբեր տեղեկություններ կան ձեր ընդունած դեղերի վերաբերյալ: EOB-ն ներառում է.

- **Տեղեկություններ ամսվա համար**: Ամփոփագրում նշված է, թե ինչ դեղեր եք ստացել նախորդ ամսվա ընթացքում: Այնտեղ նշված է դեղերի ընդհանուր ծախսերը՝ ինչ ենք մենք վճարել, և ինչ եք վճարել դուք և ձեր անունից ուրիշները:

- **Հունվարի 1-ից սկսած տարվա ընդհանուր գումարները**: Սա ցույց է տալիս դեղերի ընդհանուր արժեքը և ձեր դեղերի համար կատարված ընդհանուր վճարումները տարվա սկզբից ի վեր:

- **Դեղերի գների վերաբերյալ տեղեկություն**: Սա դեղամիջոցի ընդհանուր գինն է և դեղամիջոցի գնի փոփոխությունները նույն քանակի յուրաքանչյուր դեղատոմսի պահանջի առաջին լրացումից ի վեր:

- **Ավելի ցածր արժեքով այլընտրանքներ**: Դիմելու դեպքում՝ տեղեկություններ յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար ավելի ցածր համավճարով այլ հասանելի դեղերի մասին:

Մենք ապահովում ենք Medicare-ի կողմից չծածկվող դեղերի ծածկույթը:

- Այս դեղերի համար կատարված վճարումները չեն հաշվվում ձեր գրպանից վճարվող ընդհանուր ծախսերում:

- Դեղատոմսային դեղերի մեծ մասը, որը դուք ստանում եք դեղատնից, փոխհատուցվում է մեր պլանով: Այլ դեղամիջոցներ, օրինակ՝ որոշ առանց դեղատոմսի դեղեր (OTC) և վիտամիններ, կարող են փոխհատուցվել Medi-Cal Rx-ով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Medi-Cal Rx-ի կայք՝ (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/): Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ 1-800-977-2273 հեռախոսահամարով: Ձեզ հետ բերեք ձեր Medi-Cal-ի շահառուի նույնականացման քարտը (BIC) Medi-Cal Rx ծրագրով ձեր դեղատոմսային դեղերը ստանալու ժամանակ

  - Պարզելու համար, թե որ դեղերի համար է մեր պլանը փոխհատուցում, տե՛ս մեր *Դեղացանկը*:

B. Ինչպես հետևել ձեր դեղերի ծախսերին

Ձեր դեղերի ծախսերին և ձեր կատարած վճարումներին հետևելու համար մենք օգտագործում ենք ձեզնից և դեղատնից ստացված արձանագրությունները: Ինչպես կարող եք մեր գործը հեշտացնել.

1. Օգտվեք Ձեր Անդամի նույնականացման քարտից:

Ցույց տվեք ձեր Անդամի ID քարտն ամեն անգամ, երբ դեղատոմսով դեղ եք ստանում: Այդպես մենք իմանում ենք, թե ինչ դեղատոմսային դեղեր եք վերցրել և ինչքան եք վճարել:

2. Համոզվեք, որ մենք ունենք մեզ անհրաժեշտ տեղեկատվությունը:

Դուք կարող եք դիմել մեզ, որպեսզի ձեզ վերադարձնենք ձեր արած ծախսերի մեր մասնաբաժինը: D բաժնի որևէ դեղի համար, որը նշանակվել է ցանցի բուժծառայություններ մատուցողի կողմից և ձեռք բերվել ցանցի դեղատնից, վճարում պահանջելու համար գրեք.

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Ահա մի քանի օրինակ, թե երբ պետք է դուք մեզ տրամադրեք ձեր անդորրագրերի պատճենները.

- Երբ դուք ցանցի դեղատնից գնում եք փոխհատուցվող դեղ հատուկ գնով կամ օգտագործում եք զեղչի քարտ, որը նախատեսված չէ մեր պլանի նպաստով:
- Երբ դուք համավճար եք վճարում դեղերի համար, որոնք ստանում եք դեղ արտադրողի պացիենտների աջակցության ծրագրով:
- Երբ դուք փոխհատուցվող դեղեր եք գնում ցանցից դուրս դեղատնից:
- Երբ հատուկ հանգամանքներում վճարում եք ծածկվող դեղի ամբողջ արժեքը:

Մեր կողմից դեղի արժեքի *մեր* բաժինը ձեզ փոխհատուցելու խնդրանքի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* 7-րդ գլուխը:

3. Ուղարկեք մեզ ձեր փոխարեն ուրիշների կողմից կատարված վճարումների մասին տեղեկատվությունը:

Ձեր փոխարեն կատարված վճարումները ուրիշների և այլ կազմակերպությունների կողմից նույնպես համարվում են ձեր գրպանից կատարված ծախսեր: Օրինակ՝ AIDS Drug Assistance ծրագրի (ADAP), Հնդիկների առողջապահական ծառայությունների և շատ բարեգործական կազմակերպությունների կողմից կատարված վճարումները հաշվի են առնվում ձեր գրպանից կատարված ծախսերում: Դրա շնորհիվ դուք կհասնեք դեղերի ընդհանուր ծախսերի համար սահմանված փոխհատուցման առավելագույն սահմանաչափի փուլին: Երբ հասնում եք Կրիտիկական փոխհատուցման փուլին, մեր պլանը վճարում է ձեր Medicare Մաս D-ի դեղերի բոլոր ծախսերը տարվա մնացած ժամանակահատվածի համար:

4. Ստուգեք մեր կողմից ձեզ ուղարկված EOB-ները:

Երբ փոստով ստանաք EOB, համոզվեք, որ այն ամբողջական է և ճիշտ:

- **Ճանաչո՞ւմ եք յուրաքանչյուր դեղատան անունը:** Ստուգեք ամսաթվերը: Դուք այդ օ՞րն եք ստացել դեղերը:
- **Ստացե՞լ եք նշված դեղերը:** Արդյո՞ք դրանք համապատասխանում են ձեր անդորրագրերում նշված դեղերին: Արդյո՞ք դեղերը համապատասխանում են ձեր բժշկի նշանակած դեղերին:

B1. Ի՞նչ անել, եթե այս ամփոփագրում սխալներ հայտնաբերեք

Եթե ինչ-որ բան շփոթեցնում է կամ ճիշտ չի թվում այս EOB-ում, խնդրում ենք զանգահարել մեր Kaiser Permanente Dual Complete-ի Անդամների սպասարկման կենտրոն:

B2. Իսկ հնարավոր խարդախության դեպքու՞մ

Եթե այս ամփոփագրում նշված են դեղեր, որոնք դուք չեք ընդունում կամ որևէ այլ բան, որը ձեզ կասկածելի է թվում, խնդրում ենք կապ հաստատել մեզ հետ:

- Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:
- Կամ զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Դուք կարող եք անվճար զանգահարել այս համարներին:
- Եթե կասկածում եք, որ Medi-Cal-ը ստացող մատակարարը կատարել է խարդախություն, վատնում կամ չարաշահում, դուք իրավունք ունեք հայտնելու այդ մասին՝ զանգահարելով գաղտնի անվճար հեռախոսահամարին՝ 1-800-822-6222: Medi-Cal-ի խարդախության մասին հաղորդելու այլ եղանակներ կարող եք գտնել այստեղ՝ www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx:

Եթե կարծում եք, որ ինչ-որ բան սխալ է կամ թերի, կամ եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Կարող եք նաև ընտրել ձեր **EOB-ը** առցանց դիտելու տարբերակը՝ այն փոստով ստանալու փոխարեն: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք kp.org/goinggreen և մուտք գործեք ձեր հաշիվ՝ իմանալու, թե ինչպես ընտրել ձեր **EOB-ը** անվտանգ եղանակով առցանց դիտելու տարբերակը: Պահպանեք այս EOB-ները: Դրանք ձեր դեղերի ծախսերի վերաբերյալ կարևոր արձանագրություններ են:

C. Medicare Մաս D-ի դեղերի վճարման փուլերը

Մեր պլանում Medicare Մաս D դեղատոմսային դեղերի փոխհատուցման ծրագրի համար գոյություն ունի վճարման երկու փուլ: Վճարման չափը յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար կախված է նրանից, թե որ փուլում եք, երբ եք ստանում կամ նորից ստանում դեղատոմսային դեղը:

Սրանք են երկու փուլերը՝

Փուլ 1. Սկզբնական փոխհատուցում	**Փուլ 2. Աղետային պայմանների փոխհատուցում**
Այս փուլում մենք վճարում ենք ձեր դեղերի ծախսերի մի մասը, իսկ դուք վճարում եք ձեր բաժինը: Այն մասը, որը դուք եք վճարում, կոչվում է համավճար: Այս փուլը սկսվում է այն ժամանակ, երբ դուք ստանում եք տարվա ձեր առաջին դեղատոմսային դեղերը:	Այս փուլում մենք վճարում ենք ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը մինչև 2026 թվականի դեկտեմբերի 31-ը: Դուք սկսում եք այս փուլը այն ժամանակ, երբ վճարել եք որոշակի գումար ձեր գրպանից:

D. Փուլ 1. Սկզբնական փոխհատուցում

Սկզբնական փոխհատուցման փուլում մեր պլանը վճարում է փոխհատուցվող դեղերի ծախսերի մի մասը, իսկ դուք վճարում եք ձեր բաժինը: Այն մասը, որը դուք եք վճարում, կոչվում է համավճար: Համավճարը կախված է նրանից, թե գնային որ կատեգորիայում է դեղը, որի ծախսերը կիսվում են, և որտեղից եք այն ձեռք բերում:

Ծախսերի բաշխման մակարդակները նույն համավճարով դեղերի խմբեր են: Մեր ծրագրի *Դեղացանկի* i յուրաքանչյուր դեղամիջոց գտնվում է ծախսերի բաշխման երկու մակարդակներից մեկում: Ընդհանուր առմամբ, որքան բարձր է մակարդակի թիվը, այնքան բարձր է համավճարը: Ձեր դեղերի համար ծախսերի բաշխման մակարդակները գտնելու համար այցելեք մեր *Դեղացանկը*:

- Ծախսերի բաշխման **1-ին մակարդակ**՝ ցանկալի համանման դեղերի համար (այս մակարդակը ներառում է որոշ բրենդի անվանումով դեղեր):
- Ծախսերի բաշխման **Մակարդակ 2-ը** ցանկալի համանման դեղերի համար (այս մակարդակը ներառում է որոշ բրենդի անվանումով դեղեր):

- Ծախսերի բաշխման **Մակարդակ 3**՝ նախընտրելի դեղերի ապրանքանիշի համար:
- Ծախսերի բաշխման **Մակարդակ 4-ը** ոչ ցանկալի դեղերի համար (այս մակարդակը ներառում է ինչպես համանման, այնպես էլ բրենդի անվանումով դեղեր):
- Ծախսերի բաշխման **Մակարդակ 5-ը** մասնագիտացված դեղերի մակարդակի համար (այս մակարդակը ներառում է և՛ համանման, և՛ բրենդային դեղեր):
- Ծախսերի բաշխման **Մակարդակ 6**՝ Մաս D-ի պատվաստանյութերի համար (այս մակարդակը ներառում է միայն բրենդային դեղեր):

D1. Ձեր դեղատան ընտրության հնարավորությունները

Դեղի համար ձեր վճարած գումարը կախված է նրանից, թե արդյոք դեղը ստանում եք՝

- ցանցի մանրածախ դեղատնից **կամ**
- ցանցից դուրս գտնվող մանրածախ դեղատնից: Հազվադեպ դեպքերում մենք փոխհատուցում ենք ցանցից դուրս դեղատներից ձեռք բերված դեղատոմսային դեղերի համար: Տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **5-րդ գլուխը**՝ իմանալու համար, թե երբ ենք մենք դա անում:
- Մեր ծրագրի փոստային պատվերների դեղատնից:

Այս ընտրությունների մասին ավելին իմանալու համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **5-րդ գլուխը** և մեր *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*:

D2. Դեղերի երկարաժամկետ պաշար ստանալը

Որոշ դեղերի համար դուք կարող եք երկարաժամկետ ապահովում ստանալ (նաև կոչվում է «ընդլայնված ապահովում»), երբ ձեզ նշանակում են դեղատոմսով բաց թողնվող դեղեր: Երկարաժամկետ մատակարարումը մինչև 100-օրյա դեղերի ապահովումն է: Դրա համար դուք վճարում եք նույնքան, որքան մեկ ամսվա ապահովման համար:

Դեղի երկարաժամկետ պաշար ստանալու վայրի և եղանակի վերաբերյալ մանրամասների համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **5-րդ գլուխը** կամ մեր ծրագրի *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*:

D3. Ձեր վճարելիք գումարը

Սկզբնական փխհատուցման փուլում դուք վճարում եք համավճար ամեն անգամ, երբ դեղատոմսային դեղ եք ստանում: Եթե փոխհատուցվող դեղի արժեքը համավճարից պակաս է, դուք վճարում եք ավելի ցածր գինը:

Կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ՝ պարզելու համար, թե որքան է ձեր համավճարը փոխհատուցվող որևէ դեղի համար:

Ձեր կողմից վճարվող ծախսերի բաժինը, երբ ծածկվող դեղի մեկամսյա կամ երկարաժամկետ պաշար եք ստանում՝

	Ցանցի մանրածախ դեղատնից կամ մեր ծրագրի փոստային պատվերների ծառայությունից	**Ցանցի երկարաժամկետ խնամքի դեղատնից**	**Ցանցից դուրս գտնվող դեղատնից** Ծածկույթը սահմանափակվում է որոշակի դեպքերով: **Տե՛ս 5-րդ գլուխը՝** մանրամասների համար:
	Մեկամսյա կամ մինչև 100-օրյա պաշար	Մինչև 31-օրյա ապահովում	Մինչև 30-օրյա ապահովում:
Ծախսերի բաշխման **1-ին մակարդակ՝** նախընտրելի համանման դեղերի համար	**$0–$5.80**՝ կախված ձեր լրացուցիչ օգնության մակարդակից.		
Ծախսերի բաշխման **2-րդ մակարդակ՝** համանման դեղերի համար	**$0–$5.80**՝ կախված ձեր լրացուցիչ օգնության մակարդակից.		
Ծախսերի բաշխման**Մակարդակ 3՝** նախընտրելի դեղերի ապրանքանիշի համար:	**$0–$14.40**՝ կախված ձեր լրացուցիչ օգնության մակարդակից.		
Ծախսերի բաշխման **4-րդ մակարդակ՝** ոչ նախընտրելի դեղերի համար	**$0–$14.40**՝ կախված ձեր լրացուցիչ օգնության մակարդակից.		
Ծախսերի բաշխման **5-րդ մակարդակ՝** մասնագիտացված դեղերի համար	**$0–$14.40**՝ կախված ձեր լրացուցիչ օգնության մակարդակից.		
Ծախսերի բաշխման **6-րդ մակարդակ՝** Մաս Դ-ի պատվաստանյութերի համար	**$0** (6-րդ մակարդակի դեղերի համար փոստային պատվերների ծառայությունը հասանելի չէ)		

Երկարաժամկետ պաշարներ տրամադրող դեղատների մասին տեղեկությունների համար տե՛ս մեր *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն:*

D4. Սկզբնական փոխհատուցման ավարտ

Սկզբնական ծածկույթի փուլն ավարտվում է, երբ ձեր գրպանից կատարված ընդհանուր ծախսերը հասնում են **$2,400-ի:** Այդ պահից սկսվում է Արագ փոխհատուցման փուլը: Այդ պահից մինչև տարվա վերջ մենք ծածկում ենք ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը:

Ձեր EOB-ն կօգնի ձեզ հետևել, թե որքան եք վճարել ձեր դեղերի համար տարվա ընթացքում: Մենք ձեզ տեղեկացնում ենք, եթե հասնեք **$2,400** սահմանաչափին: Շատերը մեկ տարում այդ սահմանաչափին չեն հասնում:

E. Փուլ 2. Աղետային պայմաններում փոխհատուցում

Երբ ձեր դեղերի համար գրպանից կատարված ծախսերի **$2,400** սահմանաչափին հասնեք, սկսվում է Աղետալի ծածկույթի փուլը: Դուք մնում եք Կրիտիկական փոխհատուցման փուլում մինչև օրացույցային տարվա վերջը: Այս փուլում դուք ոչինչ չեք վճարում ձեր Մաս D-ի փոխհատուցվող դեղերի համար:

F. Ձեր դեղերի ծախսերը, եթե ձեր բժիշկը նշանակում է մեկ ամսվա պաշարից պակաս

Սովորաբար, դուք վճարում եք համավճար՝ փոխհատուցվող դեղի ամբողջ ամսվա ապահովման համար: Այնուամենայնիվ, ձեր բժիշկը կարող է նշանակել դեղերի մեկ ամսից պակաս ապահովում:

- Հնարավոր է՝ դուք ցանկանաք հարցնել ձեր բժշկին, թե ինչու է մեկ ամսից պակաս դեղի մատակարարում նշանակել (օրինակ, երբ առաջին անգամ եք փորձում դեղամիջոցը):
- Եթե ձեր բժիշկը համաձայն է, դուք կարող եք չվճարել որոշ դեղերի ամբողջ ամսվա ապահովման համար:

Երբ դուք ստանում եք դեղի մեկ ամսից պակաս ապահովում, ձեր վճարած գումարի չափի համար հիմք է ընդունվում, թե քանի օր եք ընդունում դեղը: Մենք հաշվարկում ենք այն գումարը, որը դուք վճարում եք օրական ձեր դեղի համար («օրական ծախսերի բաշխման սակագինը») և այն բազմապատկում ենք այն օրերի քանակով, երբ դուք ընդունում եք դեղը:

- Ահա մի օրինակ. Ենթադրենք, ձեր դեղամիջոցի համավճարը մեկ ամսվա ապահովման համար (30-օրյա ապահովում) կազմում է $1.35: Սա նշանակում է, որ ձեր դեղի համար վճարվող գումարը օրական $0.05-ից պակաս է: Եթե դուք 05 օր եք ընդունում դեղը, իսկ ձեր վճարումը կազմում է օրական $.05 դոլարից պակաս, ապա այդ գումարը կբազմապատկենք 7-ով, և կստանանք $0.35 դոլարից պակաս՝ ընդհանուր վճարման դեպքում:
- Ամենօրյա ծախսերի բաշխումը թույլ է տալիս հաշվարկել՝ դեղը մատչելի՞ է ձեզ համար, թե՞ ոչ՝ նախքան ամբողջ ամսվա ապահովման համար վճարելը:

- Դուք կարող եք նաև խնդրել ձեր բուժծառայություններ մատուցողին նշանակել դեղի մեկ ամսից պակաս ապահովում՝ ձեզ օգնելու համար՝
    - Ավելի լավ պլանավորել, թե երբ ստանալ ձեր դեղերը
    - Համակարգեք այլ դեղերի հետ ձեր դեղերի կրկնակի ստացումները, որպեսզի ավելի քիչ այցելեք դեղատուն:

G. Ինչ եք վճարում Մաս D-ի պատվաստանյութերի համար

Կարևոր հաղորդագրություն պատվաստանյութերի համար ձեր վճարած գումարի վերաբերյալ՝ Որոշ պատվաստանյութեր համարվում են բժշկական օգուտներ և ծածկված են Medicare Մաս B-ի ներքո: Մյուս պատվաստանյութերը համարվում են Medicare Մաս D-ի դեղեր: Այս պատվաստանյութերը կարող եք գտնել մեր *Դեղացանկում:* Մեր պլանը ծածկում է մեծահասակների համար նախատեսված Medicare-ի Մաս Դ-ի պատվաստանյութերի մեծ մասը՝ առանց ձեզ համար որևէ ծախսի: Ծանոթացեք մեր պլանի *Դեղացանկին* կամ կապ հաստատեք Մասնակիցների սպասարկման կենտրոնի հետ՝ կոնկրետ պատվաստանյութերի ծածկույթի և ծախսերի փոխհատուցման մանրամասների համար

Մեր Medicare Մաս D պատվաստանյութերի ծածկույթը բաղկացած է երկու մասից՝

1. Փոխհատուցման առաջին փուլը վերաբերում է **բուն պատվաստանյութի** արժեքին:
2. Երկրորդ մասը **պատվաստանյութը ձեզ տրամադրելու**արժեքի համար է: Օրինակ, երբեմն դուք կարող եք պատվաստանյութը ստանալ ձեր բժշկի կողմից պատվաստվելով:

G1. Ինչ պետք է իմանաք պատվաստանյութ ստանալուց առաջ

Խորհուրդ ենք տալիս պատվաստանյութ ստանալուց առաջ զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն:

- Մենք կարող ենք ձեզ տեղեկացնել, թե ինչպես է մեր պլանը փոխհատուցում ձեր պատվաստանյութերի համար:
- Մենք կարող ենք ձեզ տեղեկացնել, թե ինչպես կարող եք ձեր ծախսերը նվազեցնել՝ ցանցի դեղատներից և բուժծառայություններ մատուցողների ծառայություններից օգտվելիս:
- Եթե դուք չեք կարողանում օգտվել ցանցի մատակարարների ծառայություններից և դեղատներից, մենք ձեզ կարող ենք տեղեկացնել, թե ինչպես պետք է պահանջեք, որպեսզի ձեզ վերադարձնենք ծախսերի մեր մասնաբաժինը:

G2. Ինչ եք վճարում Medicare Մաս D-ի կողմից ծածկվող պատվաստանյութի համար

Որքա՞ն եք վճարում պատվաստանյութի համար, կախված է պատվաստանյութի տեսակից (ինչի դեմ եք պատվաստվում):

- Որոշ պատվաստանյութեր համարվում են առողջապահական նպաստներ, այլ ոչ թե դեղեր: Այս պատվաստանյութերն անվճար են ձեզ համար: Այս պատվաստանյութերի ծածկույթի մասին տեղեկանալու համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **4-րդ գլխի** Նպաստների աղյուսակը:
- Մյուս պատվաստանյութերը համարվում են Medicare-ի D մասի դեղեր: Դուք կարող եք գտնել այս պատվաստանյութերը մեր պլանի *Դեղացանկում*: Հնարավոր է, որ ձեզ համար համավճար կիրառվի Medicare-ի D մասի պատվաստանյութերի փոխհատուցման համար: Եթե պատվաստանյութը մեծահասակների համար խորհուրդ է տրվում **Պատվաստումների գործելակերպի խորհրդատվական կոմիտեի (ACIP)** կողմից, ապա այդ պատվաստանյութը ձեզ համար անվճար կլինի:

Ահա Medicare Մաս D-ի պատվաստանյութ ստանալու երեք տարածված եղանակ:

1. Դուք ստանում եք Medicare-ի D մասի պատվաստանյութը և ձեզ պատվաստում են կատարում ցանցի դեղատանը:
   - D մասի պատվաստանյութերի մեծ մասի համար մեծահասակները որևէ վճարում չեն կատարելու:
   - Դուք վճարում եք համավճար D մասի մյուս պատվաստանյութերի համար:
2. Դուք ստանում եք Medicare-ի D բաժնի պատվաստանյութը ձեր բժշկի աշխատասենյակում, և ձեր բժիշկը ձեզ պատվաստում է:
   - Դուք պատվաստանյութի համար բժշկին վճարում եք համավճար:
   - Մեր պլանը վճարում է պատվաստանյութը ձեզ ներարկելու արժեքը:
   - Այս իրավիճակում բժշկի գրասենյակը պետք է զանգահարի մեր ծրագրին, որպեսզի համոզվենք, որ նրանք գիտեն, որ դուք միայն պետք է վճարեք համավճար պատվաստանյութի համար:
3. Medicare-ի D մասի պատվաստանյութը ստանում եք դեղատանը և տանում այն ձեր բժշկին՝ պատվաստվելու համար:
   - D մասի պատվաստանյութերի մեծ մասի համար մեծահասակները որևէ վճարում չեն կատարելու:
   - Դուք վճարում եք համավճար D մասի մյուս պատվաստանյութերի համար:
   - Մեր պլանը վճարում է պատվաստանյութը ձեզ ներարկելու արժեքը:

Գլուխ 7. Ինչպես խնդրել մեզ վճարել ծախսերի մեր բաժինը, որը դուք կատարել եք փոխհատուցվող ծառայությունների կամ դեղերի համար

Ներածություն

Այս գլխում նկարագրվում է, թե ինչպես և երբ պետք է ուղարկեք մեզ հաշիվը՝ վճարման համար: Այստեղ նաև նկարագրված է, թե ինչպես պետք է բողոքարկեք, եթե համաձայն չեք փոխհատուցման որոշման հետ: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով այս *Անդամի ձեռնարկի*վերջին գլխում:

Գլուխ 7 Բովանդակություն

A. Դիմել մեզ՝ ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար փոխհատուցման հայտով 254

B. Մեզ վճարման հայտ ուղարկելը 258

C. Փոխհատուցման որոշում 260

D. Բողոքարկումներ 261

A. Դիմել մեզ՝ ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար փոխհատուցման հայտով

Մեր ցանցի մատակարարները պետք է հաշիվ-ապրանքագիր ուղարկեն ձեր ապահովագրված ծառայությունների և դեղերի համար, դրանք ստանալուց հետո: Ցանցի ծառայություն մատուցողն այն է, ով աշխատում է առողջապահական ծրագրի հետ:

Մենք թույլ չենք տալիս Kaiser Permanente-ի մատակարարներին ձեզ հաշիվ ներկայացնել այս ծառայությունների կամ դեղերի համար: Մենք վճարում ենք անմիջապես մեր բուժծառայություններ մատուցողներին և ձեզ ազատում ենք նրանց գումար վճարելուց:

Եթե առողջապահական ծառայությունների կամ դեղերի ամբողջ արժեքի համար հաշիվ եք ստանում, մի՛ վճարեք հաշիվը և ուղարկեք այն մեզ: Մեզ հաշիվ ուղարկելու համար տե՛ս **Բ բաժինը**:

- Եթե մենք վճարում ենք ծառայությունների կամ դեղերի համար, մենք վճարում ենք անմիջապես բուժծառայություններ մատուցողին:
- Եթե դուք ձեր մասնաբաժնից ավելի եք վճարել այն ծառայությունների և դեղերի համար, որոնց համար մենք փոխհատուցում ենք, դուք իրավունք ունեք հետ ստանալու այդ գումարը:
    - Եթե դուք վճարել եք Medicare-ի կողմից ապահովագրված ծառայությունների համար, ապա մենք ձեզ կփոխհատուցենք:
- Եթե դուք վճարել եք Medi-Cal-ի այն ծառայությունների համար, որոնք արդեն իսկ ստացել եք, ապա հետևյալ բոլոր պահանջների բավարարման դեպքում կարող եք փոխհատուցման (վճարման) իրավունք ունենալ:
    - Ձեր կողմից ստացված ծառայությունը Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված ծառայություն է, որի վճարման համար պատասխանատվությունը մենք ենք կրում: Մենք չենք փոխհատուցի ձեզ այն ծառայության համար, որը չի ներառվում Kaiser Permanente Dual Complete պլանում:
    - Դուք ստացել եք փոխհատուցման ծառայությունը այն բանից հետո, երբ դարձել եք Kaiser Permanente Dual Complete-ի իրավասու անդամ:
    - Դուք խնդրում եք հետ վճարվել ապահովագրված ծառայությունը ստանալու օրվանից մեկ տարվա ընթացքում:
    - Դուք տրամադրում եք ապացույց, որ վճարել եք ապահովագրված ծառայության համար, օրինակ՝ մանրամասն անդորրագիր մատակարարից:
    - Դուք ստացել եք ապահովագրված ծառայությունը Kaiser Permanente Dual Complete-ի ցանցում Medi-Cal-ում գրանցված մատակարարից: Դուք կարող եք չբավարարել այս պայմանին, եթե ստացել եք շտապ օգնություն, ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ կամ մեկ այլ ծառայություն, որը Medi-Cal-ը թույլ է տալիս ցանցից դուրս մատակարարներին կատարել առանց նախնական հաստատման (նախնական թույլտվության):

- Եթե փոխհատուցվող ծառայությունը սովորաբար պահանջում է նախնական հաստատում (նախնական թույլտվություն), դուք պետք է ապացույց ներկայացնեք մատակարարից, որը ցույց է տալիս ապահովագրված ծառայության բժշկական կարիքը:

- Kaiser Permanente Dual Complete-ը Գործողությունների ծանուցում կոչվող նամակով ձեզ կտեղեկացնենք, թե արդյոք դուք կվճոխհատուցվեք նրանց կողմից, թե ոչ: Եթե դուք համապատասխանում եք վերը նշված բոլոր պայմաններին, Medi-Cal-ում գրանցված մատակարարը պետք է ձեզ փոխհատուցի ձեր վճարած ամբողջ գումարը: Եթե մատակարարը հրաժարվում է փոխհատուցել, ապա Kaiser Permanente Dual Complete-ի պլանի շրջանակներում դուք կվճոխհատուցվեք ձեր վճարած ամբողջ գումարով: Փոխհատուցմը կտրամադրվի հայցը ստանալուց հետո 45աշխատանքային օրվա ընթացքում: Եթե մատակարարը գրանցված է Medi-Cal-ում, բայց մեր ցանցում չէ և հրաժարվում է ձեզ հետ վճարել, ապա Kaiser Permanente Dual Complete-ի պլանի շրջանակներում դուք կստանաք փոխհատուցումը, սակայն միայն այն գումարի չափով, որը կվճարեր FFS Medi-Cal-ը: Kaiser Permanente Dual Complete-ը ձեզ հետ կվճարի շտապ օգնության ծառայությունների, ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների կամ մեկ այլ ծառայության համար, որը Medi-Cal-ը թույլ է տալիս տրամադրել ոչ ցանցի մատակարարների կողմից՝ առանց նախնական հաստատման: Եթե դուք չեք բավարարում վերը նշված պայմաններից որևէ մեկը, մենք ձեզ հետ չենք վճարի:

- Մենք ձեզ գումարը չենք փոխհատուցի, եթե՝

    - Դուք փնտրել և ստացել եք ծառայություններ, որոնք չեն ապահովագրվում Medi-Cal-ի կողմից, ինչպիսիք են կոսմետիկ ծառայությունները:

    - Ծառայությունը Kaiser Permanente Dual Complete-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայություն չէ:

    - Դուք դիմել եք այնպիսի բժշկի, ով չի ընդունում Medi-Cal, և ստորագրել եք մի ձև, որտեղ ասվում էր, որ այնուամենայնիվ ցանկանում եք շարունակել այցը և ինքներդ եք վճարելու ծառայությունների համար

- Եթե մենք չփոխհատուցենք ծառայությունների կամ դեղերի համար, մենք ձեզ կհաղորդենք այդ մասին:

Հարցերի դեպքում կապվեք Անդամների սպասարկման ծառայության հետ: Եթե չգիտեք, թե որքա՞ն պետք է վճարեիք, կամ եթե ստացել եք հաշիվ և չգիտեք, թե ինչպես վարվել, կարող եք մեզ դիմել օգնության համար: Կարող եք նաև զանգահարել մեզ, եթե ցանկանում եք լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել մեզ արդեն ուղարկված վճարման հայցի վերաբերյալ:

Դեպքերի օրինակներ, երբ կարող է անհրաժեշտ լինել խնդրել մեզ փոխհատուցել ձեր վճարած գումարը կամ վճարել ձեր ստացած հաշիվը, ներառում են՝

1. Երբ շտապ օգնության կամ անհետաձգելի բուժօգնության ծառայություններ եք ստանում ոչ ցանցի բուժծառայություններ մատուցողից

Խնդրեք բուժծառայություն մատուցողին հաշիվը ներկայացնել մեզ:

- Եթե վճարում եք ստացած խնամքի ամբողջ գումարը, դուք կարող եք պահանջել մեզնից, որպեսզի ձեզ վերադարձնենք ձեր կատարած ծախսերի մեր մասնաբաժինը: Մեզ ուղարկեք ձեր կատարած վճարման հաշիվը և ապացույցը:

- Դուք կարող եք հաշիվ ստանալ բուժծառայություններ մատուցողից վճարման համար, որը ձեր կարծիքով տեղին չէ: Մեզ ուղարկեք ձեր կատարած վճարման հաշիվը և ապացույցը:

  - Եթե մենք վճարենք ծառայությունների կամ դեղերի համար, մենք կվճարենք անմիջապես բուժծառայություններ մատուցողին:

  - Եթե դուք ձեր համավճարի մասնաբաժնից ավել եք վճարել Medicare-ի ծառայության համար, ապա մենք կհաշվարկենք այն և կվերադարձնենք ծախսերի մեր մասնաբաժինը:

2. Երբ ցանցի մատակարարն է ձեզ հաշիվ ուղարկում

Ցանցի բուժծառայություններ մատուցողները պետք է միշտ հաշիվն ուղարկեն մեզ: Կարևոր է ցույց տալ ձեր Անդամի ID քարտը, երբ դուք որևէ ծառայություն կամ դեղատոմս եք ստանում. Այնուամենայնիվ, երբեմն ցանցի մատակարարները սխալներ են թույլ տալիս և խնդրում են ձեզ վճարել ձեր ծառայությունների համար կամ ավելին, քան ծախսերի ձեր մասնաբաժինը: Եթե որևէ հաշիվ եք ստանում, զանգահարեք **Անդամների սպասարկման ծառայություն**՝ այս էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով:

- Որպես պլանի անդամ՝ դուք վճարում եք համավճարը միայն այն ժամանակ, երբ ստանում եք մեր կողմից փոխհատուցվող ծառայությունները: Մենք թույլ չենք տալիս բուժծառայություններ մատուցողներին այդ գումարից ավելի ձեզ հաշիվ ներկայացնել: Սա նաև վերաբերում է այն դեպքին, երբ մենք բուժծառայություններ մատուցողին վճարում ենք ավելի քիչ, քան նա գանձել է ծառայության դիմաց: Նույնիսկ եթե մենք որոշենք չվճարել որոշ հաշիվներ, միևնույն է, դուք չպետք է վճարեք դրանց համար:

- Երբ էլ որ բուժածառություններ մատուցողից հաշիվ ստանաք, որը ձեր կարծիքով նախատեսվածից ավելի է, ուղարկեք մեզ հաշիվը: Մենք կապ կհաստատենք անմիջապես մատակարարի հետ և կլուծենք խնդիրը:

- Եթե դուք արդեն վճարել եք Medicare-ի կողմից ապահովագրված ծառայությունների դիմաց ցանցի բուժծառայություններ մատուցողի կողմից ներկայացված հաշիվը, բայց ձեր կարծիքով՝ շատ եք վճարել, ապա ուղարկեք մեզ հաշիվը և վճարման ապացույցը: Մենք կվերադարձնենք ձեզ ձեր վճարած գումարի և այն գումարի տարբերությունը, որը պետք է վճարեիք՝ մեր պլանի համաձայն:

3. Եթե դուք հետին ամսաթվով եք գրանցված մեր պլանում

Երբեմն ձեր ծրագրում անդամակցությունը կարող է հետադարձ ուժ ունենալ: (Սա նշանակում է, որ ձեր գրանցման առաջին օրն անցել է: Հնարավոր է, որ դա եղել է նույնիսկ անցյալ տարի):

- Եթե դուք գրանցվել եք հետին ամսաթվով և վճարել եք հաշիվ գրանցման ամսաթվից հետո, կարող եք հետվճարման հայտ ներկայացնել մեզ:
- Մեզ ուղարկեք ձեր կատարած վճարման հաշիվը և ապացույցը:

4. Երբ դեղատոմսը ստանալու համար օգտվում եք ցանցից դուրս գտնվող դեղատնից

Եթե օգտվում եք ցանցից դուրս գտնվող դեղատնից, դուք վճարում եք ձեր դեղատոմսով նշանակված դեղի ամբողջ արժեքը:

- Ցանցից դուրս գործող դեղատների պարագայում մենք կփոխհատուցենք դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար միայն որոշ դեպքերում: Ուղարկեք մեզ ձեր անդորրագրի պատճենը, երբ պահանջում եք մեզնից ձեզ վերադարձնել ծախսերի մեր մասնաբաժինը:
- Ցանցից դուրս գտնվող դեղատների մասին ավելին իմանալու համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **5-րդ գլուխը**:
- Մենք կարող ենք չվճարել ձեզ այն տարբերությունը, թե ինչ եք վճարել դեղի համար ոչ ցանցի դեղատան և այն գումարի միջև, որը մենք կվճարեինք ցանցի դեղատանը:

5. Երբ վճարում եք Medicare Մաս D-ի դեղատոմսով նշանակված դեղի ամբողջ արժեքը, քանի որ ձեզ մոտ չկա Անդամի նույնականացման քարտը:

Եթե ձեր պլանի ID քարտը ձեզ մոտ չէ, խնդրեք դեղատանը զանգահարել մեզ կամ գտեք պլանում ձեր գրանցման տվյալները:

- Եթե դեղատանը չի հաջողվում անմիջապես ստանալ անհրաժեշտ տեղեկատվությունը, հնարավոր է՝ դուք ստիպված լինեք ինքներդ վճարել դեղատոմսային դեղի ողջ արժեքը կամ վերադառնալ դեղատուն՝ բերելով ձեր Անդամի ID քարտը:
- Ուղարկեք մեզ ձեր անդորրագրի պատճենը, երբ պահանջում եք մեզնից ձեզ վերադարձնել ծախսերի մեր մասնաբաժինը:
- Մենք կարող ենք չվճարել ձեզ ձեր վճարած ամբողջ արժեքը, եթե ձեր վճարած կանխիկ գինը ավելի բարձր է, քան դեղատոմսի համար մեր բանակցված գինը:

6. Երբ վճարում եք Medicare Մաս D-ի կողմից չծածկվող դեղի դեղատոմսով նշանակված դեղի ամբողջ արժեքը

Դուք կարող եք վճարել դեղատոմսով նշանակված դեղի ամբողջ արժեքը, քանի որ դեղը փոխհատուցված չէ:

- Դեղը կարող է չլինել մեր կայքում ներկայացված *Ապահովագրված դեղերի ցանկում* (*Դեղացանկ*), կամ կարող է ունենալ պահանջ կամ սահմանափակում, որի մասին դուք չգիտեք կամ կարծում եք, որ ձեզ չի վերաբերում: Եթե որոշում եք վերցնել դեղամիջոցը, հնարավոր է՝ դրա ամբողջ արժեքը վճարեք:
    - Եթե դեղի համար չեք վճարում, բայց կարծում եք, որ մենք պետք է այն փոխհատուցենք, կարող եք խնդրել փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում (տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **9-րդ գլուխը**):
    - Եթե դուք և ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակելու իրավասություն ունեցող այլ մասնագետը կարծում եք, որ դեղը ձեզ անհրաժեշտ է անմիջապես (24 ժամվա ընթացքում), կարող եք խնդրել փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում (տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **9-րդ գլուխը**):
- Ուղարկեք մեզ ձեր անդորրագրի պատճենը, երբ պահանջում եք մեզնից վերադարձնել ձեր գումարը: Որոշ դեպքերում կարող է մեզ անհրաժեշտ լինել լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ ձեր բժշկից կամ դեղատոմսը նշանակողից՝ ձեզ վերադարձնելու համար դեղի ձեռքբերման ծախսերի մեր մասնաբաժինը: Մենք կարող ենք չվճարել ձեզ ձեր վճարած ամբողջ արժեքը, եթե ձեր վճարած կանխիկ գինը ավելի բարձր է, քան դեղատոմսի համար մեր բանակցված գինը:

Երբ դուք մեզ ուղարկում եք վճարման հայցը, մենք ստուգում ենք այն և որոշում կայացնում՝ արդյո՞ք հարկավոր է ծառայության կամ դեղամիջոցի համար փոխհատուցել: Դա կոչվում է փոխհատուցման որոշում: Եթե որոշենք, որ ծառայությունը կամ դեղը պետք է փոխհատուցվի, մենք կվճարենք դրա արժեքի մեր բաժինը:

Եթե մենք մերժենք ձեր վճարման խնդրանքը, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Բողոքարկում ներկայացնելու մասին տեղեկանալու համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **9-րդ գլուխը**:

B. Մեզ վճարման հայտ ուղարկելը

Դուք կարող եք մեզնից պահանջել, որպեսզի վերադարձնենք ձեր վճարած գումարը՝ մեզ այդ մասին գրավոր հայց ուղարկելով: Եթե գրավոր հայց եք ներկայացնում, ապա պետք է ուղարկել Medicare-ի ծառայությունների դիմաց ձեր հաշիվը և ձեր կողմից կատարված վճարման փաստաթղթերը: Լավ կլինի, որպեսզի պատճենեք ձեր հաշիվը և անդորրագրերը՝ դրանք ձեր մոտ ունենալու համար: **Դուք պետք է ձեր պահանջը ներկայացնեք մեզ ծառայությունը ստանալու օրվանից 12 ամսվա ընթացքում (Part C-ի բժշկական ծառայությունների պահանջների համար) և 36 ամսվա ընթացքում (Մաս D-ի դեղերի պահանջների համար):**

Որպեսզի համոզված լինեք, որ մեզ ներկայացնում եք որոշում կայացնելու համար մեզ անհրաժեշտ բոլոր տեղեկությունները, կարող եք լրացնել մեր հայցի ձևը, որպեսզի վճարման ճիշտ հայց ներկայացնեք: Պարտադիր չէ օգտագործել ձևը, բայց դա կօգնի մեզ ավելի արագ մշակել տեղեկությունները: Դուք կարող եք վճարման հայց ներկայացնել հետևյալ եղանակներով՝

- Լրացնելով և ներկայացնելով մեր էլեկտրոնային ձևը kp.org կայքում և վերբեռնելով հիմնավորող փաստաթղթերը:
- Կամ ներբեռնեք ձևի պատճենը մեր կայքից (kp.org), կամ զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ այս էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով և խնդրեք, որ ձևն ուղարկեն ձեզ: Ուղարկեք լրացված ձևը ստորև նշված մեր Հայցադիմումների ներկայացման բաժնի հասցեով:
- Եթե չկարողանաք ստանալ ձևը, կարող եք ուղարկել վճարման հայցը՝ տրամադրելով հետևյալ տեղեկությունները Հայցադիմումների ներկայացման բաժնին, որի հասցեն ներկայացված է ստորև՝
  - Հայտագիր՝ հետևյալ տեղեկատվությամբ.
  - Ձեր անունը (անդամի/պացիենտի անունը) և բժշկական քարտի համարը:
  - Ծառայությունները ստանալու ամսաթիվը:
  - Որտեղ եք ստացել ծառայությունները:
  - Ով է մատուցել ծառայությունները:
  - Ինչու եք կարծում, որ մենք պետք է վճարենք ծառայությունների համար:
  - Ձեր ստորագրությունը և ստորագրման ամսաթիվը: (Եթե ցանկանում եք, որ հարցումը ձեր փոխարեն ներկայացնի մեկ ուրիշ անձ, մեզ անհրաժեշտ կլինի նաև լրացված «Ներկայացուցչի նշանակման» ձևը, որը հասանելի է kp.org կայքում:)
  - Հաշվի պատճենը, բժշկական արձանագրությունը այս ծառայությունների համար և անդորրագիրը, եթե վճարել եք ծառայությունների համար:

Փոստով ուղարկեք վճարման հայցը՝ հաշիվների կամ անդորրագրերի հետ միասին այս հասցեով՝

Հարավային պլաններ՝
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

Հյուսիսային պլաններ՝
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

Ցանցի բուժծառայություն մատուցողի կողմից նշանակված և ցանցի դեղատնից ստացված մաս D-ի դեղի համար վճարում պահանջելու համար գրեք ստորև նշված հասցեով: D մասի հետ կապված բոլոր այլ պահանջների դեպքում ուղարկեք ձեր հայցը վերոնշյալ հասցեով:

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Հարցերի դեպքում կապվեք Անդամների սպասարկման ծառայության հետ: Եթե չգիտեք, թե որքան պետք է վճարեիք, կամ ստացել եք հաշիվ և չգիտեք, թե ինչպես վարվել դրա հետ, դիմեք մեզ օգնության համար: Դուք կարող եք նաև զանգահարել, եթե ցանկանում եք մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել վճարման հայցի վերաբերյալ, որն արդեն ուղարկել եք մեզ:

C. Փոխհատուցման որոշում

Երբ ստանում ենք ձեր վճարման պահանջը, մենք փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում ենք կայացնում: Այսինքն՝ որոշում ենք՝ մեր պլանով կարո՞ղ է փոխհատուցվել տվյալ ծառայությունը, ապրանքը կամ դեղը, թե՞ ոչ: Մենք նաև որոշում ենք գումարի չափը (եթե այդպիսին կա), որը դուք պետք է վճարեք:

- Մենք ձեզ տեղյակ կպահենք, եթե մեզ ձեր հետ կապված որոշ տեղեկություններ անհրաժեշտ լինեն:
- Եթե մենք որոշում ենք կայացնում մեր պլանի շրջանակներում փոխհատուցել տվյալ ծառայության, ապրանքի կամ դեղի արժեքը, և դուք հետևել եք այն ստանալու բոլոր կանոններին, ապա մենք կվճարենք ծախսերի մեր մասնաբաժինը: Եթե դուք արդեն վճարել եք ծառայության կամ դեղի համար, ապա մենք ձեզ փոստով չեկ կուղարկենք, որտեղ նշված է ծախսերի մեր մասնաբաժինը: Եթե դուք վճարել եք դեղամիջոցի ամբողջ արժեքը, ձեզ հնարավոր է չփոխհատուցվի ձեր վճարած ամբողջ գումարը (օրինակ, եթե դուք դեղ եք ստացել ոչ ցանցի դեղատնից կամ եթե ձեր վճարած կանխիկ գինը ավելի բարձր է, քան մեր բանակցված գինը): Եթե չեք վճարել, ապա մենք կվճարենք անմիջապես բուժծառայություններ մատուցողին:

Այս *Անդամի ձեռնարկի* 3-րդ գլուխը բացատրում է ձեր ծառայությունների փոխհատուցման համար անհրաժեշտ կանոնները:
Այս *Անդամի ձեռնարկի* 5-րդ գլուխը բացատրում է ձեր Medicare Մաս D-ի դեղերի փոխհատուցման համար անհրաժեշտ կանոնները:

- Եթե մենք որոշում ենք չվճարել ծառայության կամ դեղերի ծախսերի մեր մասնաբաժինը, ապա մենք ձեզ համապատասխան հիմնավորումներով նամակ կուղարկենք: Նամակում նաև կբացատրվեն բողոքարկում ներկայացնելու ձեր իրավունքները:
- Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումների մասին ավելին իմանալու համար տե՛ս **9-րդ գլուխը**:

D. Բողոքարկումներ

Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել՝ մերժելով ձեր վճարման հայցը, կարող եք պահանջել մեզնից, որպեսզի փոխենք մեր որոշումը: Սա կոչվում է «բողոքարկում ներկայացնել»: Կարող եք նաև բողոքարկել, եթե համաձայն չեք մեր վճարած գումարի չափի հետ:

Բողոքարկման պաշտոնական գործընթացն ունի մանրամասն ընթացակարգեր և ժամկետներ: Բողոքարկումների մասին ավելին իմանալու համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **9-րդ գլուխը**:

- Առողջապահական ծառայության համար վճարված գումարի փոխհատուցման վերաբերյալ բողոքարկում ներկայացնելու համար տե՛ս **Զ բաժինը**:
- Դեղի համար վճարված գումարի փոխհատուցման վերաբերյալ բողոքարկում ներկայացնելու համար տե՛ս **Է բաժինը**:

Գլուխ 8. Ձեր իրավունքները և պարտավորությունները

Ներածություն

Այս գլուխը ներառում է ձեր՝ որպես մեր ծրագրի անդամի, իրավունքներն ու պարտականությունները: Մենք պարտավոր ենք հարգել ձեր իրավունքները: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով այս *Անդամի ձեռնարկի*վերջին գլխում:

Գլուխ 8 Բովանդակություն

A. Ձեր կարիքներին համապատասխանող եղանակով ծառայություններ և տեղեկություններ ստանալու ձեր իրավունքը....265

B. Մեր կողմից փոխհատուցվող ձեր ծառայություններին և դեղերին ժամանակին հասանելիությունն ապահովելու մեր պատասխանատվությունը....275

C. Ձեր անձնական առողջապահական տեղեկությունները (PHI) պաշտպանելու մեր պատասխանատվությունը....276

C1. Ինչպես ենք մենք պաշտպանում ձեր անձնական առողջապահական տեղեկությունները (PHI)....277

C2. Ձեր բժշկական գրառումներին ծանոթանալու ձեր իրավունքը....277

D. Ձեզ տեղեկատվություն տրամադրելու մեր պատասխանատվությունը....278

E. Ցանցի բուժծառայություն մատուցողների՝ ձեզ անմիջապես հաշիվ ներկայացնելու անկարողությունը....279

F. Մեր ծրագրից դուրս գալու ձեր իրավունքը....279

G. Ձեր առողջապահական խնամքի վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու ձեր իրավունքը....279

G1. Ձեր բուժման տարբերակների մասին տեղեկանալու և որոշումներ կայացնելու ձեր իրավունքը....280

G2. Ձեր ցանկությունները հայտնելու իրավունքը, եթե չեք կարող ինքնուրույն որոշումներ կայացնել ձեր առողջապահական խնամքի վերաբերյալ....280

G3. Ինչ անել, եթե ձեր ցուցումները չեն կատարվում....282

H. Բողոքներ ներկայացնելու և մեր որոշումների վերանայման հայտ ներկայացնելու ձեր իրավունքը....282

H1. Ինչ անել անարդար վերաբերմունքի դեպքում կամ ինչպես ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ ձեր իրավունքների մասին....282

I. Ձեր՝ որպես ծրագրի անդամի պարտականություններ....283

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, audio file, or data CD. To get materials in one of these alternative formats, please call or write to Member Services (refer to **Chapter 2**). Contact Member services to do the following:
    - Request a preferred language other than English and/or alternate format,
    - Keep your information as a standing request for future mailings and communications, and
    - Change a standing request for preferred language and/or format.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare At 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

أ. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلبي احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم **كل** الخدمات، سواء السريرية أو غير السريرية، لك بطريقة مؤهلة ثقافيًا ويسهل الوصول إليها بما في ذلك الأفراد أصحاب الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات القراءة المحدودة، أو ضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب أن نخبرك أيضًا عن مزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نخبرك بحقوقك كل عام كونك في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تحتوي خطتنا على خدمات ترجمة مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو ملف صوتي أو قرص مضغوط للبيانات. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يُرجى الاتصال أو الكتابة إلى خدمات الأعضاء (راجع **الفصل 2**). اتصل بخدمات الأعضاء للقيام بما يلي:

- طلب لغة مفضلة بخلاف اللغة الإنجليزية و/أو تنسيق بديل، و
- الاحتفاظ بمعلوماتك كطلب دائم للرسائل البريدية والاتصالات المستقبلية، و
- تغيير طلب قائم للغة المفضلة و/أو التنسيق.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.
- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

A. Ձեր կարիքներին համապատասխանող եղանակով ծառայություններ և տեղեկություններ ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է համոզվենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ թե՛ կլինիկական, և թե՛ ոչ կլինիկական, տրամադրվում են ձեզ մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացություն, կարդալու սահմանափակ հմտություններ, լսողության խանգարում ունեցող կամ բազմազան մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին այնպիսի եղանակով, որը հասկանալի է ձեզ: Մենք պարտավոր ենք ձեզ տեղեկացնել ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, երբ դուք բաժանորդագրվում եք մեր պլանին:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր պլանը տրամադրում է անվճար թարգմանչական ծառայություններ, որոնք հասանելի են՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր պլանը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և ձևաչափերով՝ խոշոր տառաչափով, Բրայլի գրատիպով կամ CD-ROM-ով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել Անդամների սպասարկման կոնտրոն (այցելեք **2-րդ Գլուխ**): Դիմեք Անդամների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հարցերի դեպքում՝
  - Անգլերենից բացի այլ նախընտրելի լեզու և (կամ) այլ ձևաչափ պահանջելու համար
  - Հետագայում նամակագրություններ և հաղորդակցություններ ստանալու հարցումների համար, և
  - Նախընտրած լեզուն և (կամ) ձևաչափը փոխելու համար:

Եթե լեզվական խնդրի կամ հաշմանդամության պատճառով մեր պլանի կողմից տեղեկություններ ստանալու դժվարություն ունեք, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែធានាថា សេវាកម្ម **ទាំងអស់** ទាំងគ្លីនិក និងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមានសមត្ថភាពផ្នែករបួឆម៍ និងអាចចូលប្រើបាន រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលមានកម្រិតជំនាញភាសាអង់គ្លេសកម្រិតទាប ជំនាញអានកម្រិតទាប អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជនជាតិចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ និងក្នុងទម្រង់ដូចជាការពុម្ពអក្សរធំ អក្សរស្ទាប ឬអូឌីយ៉ូ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់សេវាសមាជិក (សូមមើល**ជំពូកទី 2**)។ ទាក់ទងសេវាកម្មសមាជិកដើម្បីធ្វើដូចខាងក្រោម៖
  - ស្នើសុំភាសាដែលចង់បានក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ជំនួស
  - រក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការផ្ញើសំបុត្រ និងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត និង
  - ការផ្លាស់ប្តូរសំណើជាអចិន្ត្រៃយសម្រាប់ភាសា និង/ឬទម្រង់ដែលពេញចិត្ត។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

- ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697 ។

A. 您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保**所有**服務（臨床和非臨床），都以符合文化要求並可供取得的方式提供給您，包括英語水準或閱讀能力有限、聽力喪失，或具有不同文化和族裔背景的人。我們還必須以您能理解的方式告知您本計劃的理賠福利和您的權利。我們每年都必須告訴您有關您在本計劃中的權利。

- 若要以您可以理解的方式獲取資訊，請致電會員服務。本計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回覆問題。
- 本計劃還會以英語以外的其他語言和大字版、點字版、音訊檔案或資料 CD 的格式提供您資訊。若要取得這些其他格式的資訊，請致電或寫信給會員服務（請參閱**第 2 章**）。請致電會員服務以進行下列行動：
  - 要求使用英文以外的慣用語言和/或其他格式，
  - 保留您的資訊作為未來郵寄和溝通時的常規要求，以及
  - 變更慣用語言和/或格式的常規要求。

如果您因為語言問題或身心障礙而無法取得本計劃的資訊，而且您想提出投訴，請致電：

- Medicare 的電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障及語障電話專線使用者，請撥打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室的電話為 916-440-7370。聽障及語障電話專線使用者，請撥打 711。
- 美國衛生與民眾服務部民權辦公室的電話為 1-800-368-1019。聽障及語障電話專線使用者，請撥打 1-800-537-7697。

A.حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به روشی که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیربالینی، از لحاظ فرهنگی، به شیوه ای شایسته و قابل دسترس ارائه می شوند ازجمله برای کسانی که مهارت های محدودی در زبان انگلیسی، مهارت های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا پیشینه های فرهنگی و قومی متنوع دارند. ما همچنین باید مزایای طرحمان و حقوقتان را به صورتی که برای شما قابل درک باشد به شما اطلاع دهیم. باید هر سالی که در طرح ما هستید، حقوقتان را به شما اطلاع دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتی که برایتان قابل درک باشد، با "خدمات اعضا" تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان های متفاوت است.

- طرح ما همچنین می تواند مطالبی به سایر زبان ها غیر از انگلیسی و در قالب هایی از جمله چاپ درشت، خط بریل، فایل صوتی یا سی دی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب به یکی از این فرمت های جایگزین، لطفاً با "خدمات اعضا" تماس بگیرید یا مکاتبه کنید. (به فصل 2 مراجعه کنید). برای انجام کارهای زیر با "خدمات اعضا" تماس بگیرید:
  - درخواست زبان ترجیحی غیر از انگلیسی و/یا فرمت جایگزین،
  - حفظ اطلاعاتتان جهت درخواست دائمی برای نامه ها و مکاتبات آینده، و
  - تغییر درخواست قبلی برای زبان و/یا فرمت ترجیحی.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرحمان دچار مشکل هستید، و قصد طرح شکایت دارید، با این شماره تماس بگیرید:

- Medicare از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.

- با اداره سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTYباید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. Koj muaj cai tau txais tej kev saib xyuas thiab cov ntaub ntawv uas koj xav tau ntawd

Peb yuav tsum saib xyuas **tag nrho** cov kev saib xyuas, tsis hais kho mob thiab tsis yog kho mob, uas tau muab saib xyuas rau koj ntawd kom haum raws li kab lis kev cai thiab mus cuag tau suav nrog cov neeg uas tsis paub lus Askiv zoo, nyeem ntawv tsis tau zoo, hnov lus tsis zoo, los sis cov uas muaj kab lis kev cais thiab kev ntseeg sib txawv tib si. Peb kuj yuav tsum qhia rau koj txog peb qhov kev npaj kho mob cov txiaj ntsig thiab koj cov cai kom koj nkag siab tau. Peb yuav tsum qhia koj txog koj cov cai hauv txhua xyoo uas koj koom rau hauv peb qhov kev npaj kho mob.

- Yuav tau txais cov ntaub ntawv uas koj nkag siab tau, ces hu rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab. Peb qhov kev npaj kho mob yeej muaj cov kws txhais lus pub dawb uas khoom los teb cov lus nug ua ntau hom lus rau sawv daws.

- Peb qhov kev npaj kho mob kuj yuav muab cov ntaub ntawv sau ua lwm hom lus uas tsis yog lus Askiv thiab muab luam tawm kom loj, sau ua ntawv rau neeg dig muag xua, tso ua suab lus, los sis tso rau hauv CD rau koj thiab. Yuav tau txais cov ntaub ntawv sau ua ib hom ntawm cov no, thov hu los sis sau ntawv mus rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab (saib **Tshooj ntawv 2**). Hu Rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab los mus ua raws li nram qab no:

  - Thov ib hom lus uas koj nyiam uas tsis yog lus Askiv thiab/los sis lwm hom ntawv,

  - Khaws koj cov ntaub ntawv tseg cia siv rau kev thov rau kev xa ntawv thiab kev sib txuas lus yav tom ntej, thiab

  - Kev hloov pauv ib qho kev thov rau hom lus uas nyiam thiab/los sis lwm hom ntawv.

Yog tias koj tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb qhov kev npaj kho ob tau nyuaj vim yog qhov tsis paub lus los sis qhov tsis taus thiab koj xav hais ib qho kev tsis txaus siab, ces hu rau:

- Medicare rau ntawm tus xov toooj 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau1-877-486-2048.

- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Pej Xeem Cov Cai rau ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 711.

- Tsoom Fwv Meskas Lub Chaw Ua Hauj Lwm ntsig txog Kev Noj Qab Haus Huv thiab Kev Pab Cuam Tib Neeg, Lub Chaw Ua Hauj Lwm rau Pej Xeem Cov Cai ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

A. 가입자의 요구에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 제공받을 권리

저희는 영어 유창성, 읽기 능력, 듣기 능력이 부족한 사람들이나 문화적, 인종적 배경이 다른 사람들을 포함하여 가입자가 문화적으로 적합하고 이용하기 쉬운 방식으로 임상 및 비임상이 포함된 **모든** 서비스를 제공해야 합니다. 저희는 또한 저희 플랜의 혜택과 가입자의 권리에 대해 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 알려야 합니다. 저희는 저희 플랜 가입자의 권리에 대해 매년 가입자에게 알려야 합니다.

- 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 저희 플랜은 영어 이외의 언어로 된 자료와 큰 활자, 점자 또는 오디오 파일이나 데이터 CD 등의 형식으로 된 자료도 제공할 수 있습니다. 이와 같은 대체 형식 중 하나로 된 자료를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하거나 서신을 보내주시기 바랍니다(**제2장** 참조). 다음과 관련하여 도움을 받으려면 가입자 서비스에 문의하십시오.
    - 영어 이외 선호하는 언어로 번역된 통지서 및/또는 대체 형태로 된 통지서 요청
    - 정보를 향후 서신 및 통신문에 대한 상시 요청으로 보관
    - 선호하는 언어 및/또는 형태에 대한 상시 요청 변경.

언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있어 불만 사항을 접수하려면 다음 연락처로 전화하시기 바랍니다.

- Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- Medi-Cal 민권사무소 전화번호 916-440-7370. TTY 사용자께서는 711번으로 전화해 주십시오.
- 미 보건복지부 민권사무소 전화번호 1-800-368-1019번으로 전화하시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오.

A. Ваше право на получение услуг и информации таким способом, который отвечает вашим потребностям

Мы должны гарантировать, что **все** услуги, как клинические, так и неклинические, предоставляются с соблюдением принципов культурной компетентности и в такой форме, которая доступна, в том числе, людям с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха или людям с различным культурным и этническим происхождением. Мы должны также рассказать вам о льготах плана и ваших правах таким образом, чтобы вы могли их понять. Мы должны рассказывать вам о правах каждый год, когда вы принимаете участие в нашем плане.

- Чтобы получить информацию таким образом, чтобы вы ее понимали, позвоните в отдел обслуживания участников. Наш план предусматривает услуги устного перевода, в рамках которых вы получите ответы на разных языках.

- В рамках нашего плана мы также можем предоставить материалы на разных языках, кроме английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиофайл или компакт-диск с данными. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников или напишите его сотрудникам (см. **главу 2**). Обратитесь в отдел обслуживания участников, чтобы выполнить следующее:

    - отправить запрос на предпочтительный язык, кроме английского, и (или) альтернативный формат;

    - сохранить вашу информацию в качестве долгосрочного запроса для будущих рассылок и сообщений; а также

    - изменить долгосрочный запрос относительно предпочтительного языка и (или) формата.

Если у вас возникли трудности при получении информации из нашего плана из-за проблем с языком или нетрудоспособности и вы хотите подать жалобу, звоните на указанные ниже телефоны.

- Программа Medicare, телефон: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-877-486-2048.

- Управление по гражданским правам программы Medi-Cal, телефон: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 711.

- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам, телефон: 1-800-368-1019. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, clínicos y no clínicos, se le brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles, incluidos aquellos con habilidades de lectura y dominio del inglés limitadas, discapacidad auditiva o a los miembros de diversos orígenes étnicos y culturales. También debemos informarle, de manera que pueda entender, sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicio a los Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Además, nuestro plan puede entregarle materiales en otros idiomas y en formatos como letra grande, braille, archivo de audio o CD de datos. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame o escriba a Servicio a los Miembros (consulte el **Capítulo 2**). Comuníquese con Servicio a los Miembros para:
    - pedir el idioma que prefiere además de inglés u otro formato;
    - mantener su información como una solicitud abierta, para que sea considerada en las futuras listas de correo y comunicaciones, y
    - cambiar una solicitud abierta por un idioma preferido o formato.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan debido al idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Medicare Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.
- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Ang iyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa iyo sa paraang suportado ng kaalaman sa kultura at naa-access kabilang ang para sa mga taong may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kasanayan sa pagbabasa, may problema sa pandinig, o mayroong iba't ibang kultura at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at iyong mga karapatan sa paraang nauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taong kabilang ka sa aming plano.

- Upang makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa mga wikang bukod sa Ingles at nasa mga format na gaya ng malaking titik, braille, audio file, o data CD. Para kumuha ng mga materyal na nasa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa Mga Serbisyo sa Miyembro (sumangguni sa **Kabanata 2**). Makipag-ugnayan sa mga serbisyo sa Miyembro upang gawin ang mga sumusunod:
  - Humiling ng gustong wika maliban sa English at/o alternatibong format,
  - Panatilihin ang iyong impormasyon bilang patuloy na kahilingan para sa mga sulat at komunikasyon sa hinaharap, at
  - Baguhin ang isang patuloy na kahilingan para sa mas gustong wika at/o format.

Kung nagkakaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quyền nhận được các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và có thể tiếp cận được bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và nguồn gốc dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng có nghĩa vụ phải thông báo cho quý vị biết về các quyền lợi thuộc chương trình của chúng tôi cùng các quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm trong trường hợp quý vị vẫn tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời nhiều câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.

- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi braille, tệp âm thanh hoặc CD dữ liệu. Để nhận tài liệu có tuỳ chọn định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc làm đơn gửi đến Dịch Vụ Hội Viên (tham khảo **Chương 2**). Hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để thực hiện những việc sau:

    - Yêu cầu ngôn ngữ ưu tiên khác với tiếng Anh và/hoặc định dạng thay thế,

    - Lưu thông tin thường xuyên sử dụng của quý vị để phục vụ cho việc gửi thư tín hay liên lạc trong tương lai và

    - Thay đổi yêu cầu về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưa thích mà quý vị thường xuyên sử dụng.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

- Văn Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY hãy gọi số 711.

- Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY hãy gọi số 1-800-537-7697.

B. Մեր կողմից փոխհատուցվող ձեր ծառայություններին և դեղերին ժամանակին հասանելիությունն ապահովելու մեր պատասխանատվությունը

Դուք ունեք իրավունքներ՝ որպես մեր ծրագրի անդամ:

- Դուք մեր ցանցի ներսում հիմնական բուժող բժշկի (PCP) ընտրության իրավունք ունեք: Ցանցի բուժծառայություն մատուցողը այն բուժծառայություն մատուցողն է, ով աշխատում է մեզ հետ: Այս *Անդամի ձեռնարկի* **3-րդ գլխում** կարող եք ավելի շատ տեղեկություններ գտնել այն մասին, թե բուժծառայություն մատուցողների որ տեսակները կարող են հանդես գալ որպես առաջնային բուժօգնության մատակարար (PCP), և ինչպես ընտրել PCP:
    - Ցանցի բուժծառայություն մատուցողների և այն մասին, թե որ բժիշկներն են ընդունում նոր պացիենտների, ավելին իմանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն կամ այցելեք *Բուժծառայության մատակարարների* և դեղատների տեղեկատու:
- Դուք իրավունք ունեք առանց ուղեգրի դիմելու կանանց առողջության մասնագետի, ինչպես նաև այս *Անդամի ձեռնարկի* **3-րդ գլխում** նկարագրված այլ մատակարարների: Ուղեգիրը ձեր PCP-ի կողմից տրամադրված հաստատումն է՝ օգտվելու ձեր PCP-ից բացի այլ մատակարարի ծառայություններից:
- Դուք իրավունք ունեք ողջամիտ ժամկետում փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալ ցանցի բուժծառայություններ մատուցողներից:
    - Դա ներառում է մասնագետներից ժամանակին ծառայություններ ստանալու իրավունքը:
    - Եթե չեք կարող ծառայություններ ստանալ ողջամիտ ժամկետում, ապա մենք պետք է վճարենք ցանցից դուրս տրամադրվող խնամքի համար:
- Դուք ունեք առանց նախնական հաստատման (PA) շտապ օգնության ծառայություններ կամ անհետաձգելի բուժօգնություն ստանալու իրավունք:
- Դուք իրավունք ունեք առանց երկար ուշացումների ստանալ ձեր դեղատոմսային դեղերը մեր ցանցի դեղատներից որևէ մեկից:
- Դուք իրավունք ունեք իմանալու, թե երբ կարող եք օգտվել ցանցից դուրս բուժծառայության մատակարարների ծառայություններից: Ցանցից դուրս գտնվող մատակարարների մասին տեղեկանալու համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **3-րդ գլուխը**:

- Երբ առաջին անգամ միանում եք մեր ծրագրին, դուք իրավունք ունեք մինչև 12 ամիս շարունակել օգտվել ձեր ներկայիս մատակարարներից և ծառայությունների թույլտվություններից, եթե որոշակի պայմաններ բավարարված են: Ձեր մատակարարներին և ծառայությունների թույլտվությունները պահպանելու մասին ավելին իմանալու համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **1-ին գլուխը**:

- Դուք իրավունք ունեք կայացնելու խնամքի հետ կապված ձեր սեփական որոշումները՝ ձեր խնամքի թիմի և համակարգողի օգնությամբ:

Այս 9-րդ գլուխը *Անդամի ձեռնարկի* բացատրում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե կարծում եք, որ ձեր ծառայությունները կամ դեղերը ողջամիտ ժամկետում չեք ստանում: Այնտեղ նաև նշված է, թե ինչ կարող եք անել, եթե մենք մերժենք ձեր ծառայությունների կամ դեղերի փոխհատուցումը, և դուք համաձայն չլինեք մեր որոշման հետ:

C. Ձեր անձնական առողջապահական տեղեկությունները (PHI) պաշտպանելու մեր պատասխանատվությունը

Մենք պաշտպանում ենք ձեր անձնական առողջապահական տեղեկությունները (PHI)՝ դաշնային և նահանգային օրենքների պահանջներին համապատասխան:

Ձեր PHI-ի մեջ ներառված են այն տվյալները, որոնք մեզ տրամադրել եք մեր պլանում գրանցվելու ժամանակ: Դրանք նաև ներառում են ձեր բժշկական արձանագրությունները և այլ բժշկական և առողջական տեղեկություններ:

Դուք իրավունքներ ունեք ձեր տվյալների նկատմամբ և կարող եք վերահսկել ձեր PHI-ի օգտագործումը: Մենք ձեզ տրամադրում ենք գրավոր ծանուցում, որը տեղեկացնում է ձեզ այս իրավունքների մասին և բացատրում, թե ինչպես ենք մենք պաշտպանում ձեր անձնական առողջապահական տեղեկությունների (PHI) գաղտնիությունը: Ծանուցումը կոչվում է «Գաղտնիության պահպանման ծանուցագիր»:

Այն անդամներից, ովքեր համաձայնում են ստանալ ինտիմ բնույթի ծառայություններ, չի պահանջվում ձեռք բերել որևէ այլ անդամի թույլտվությունը՝ ինտիմ բնույթի ծառայություններ ստանալու կամ այդ ծառայությունների համար հայց ներկայացնելու համար: Kaiser Permanente-ն ինտիմ բնույթի ծառայությունների հետ կապված հաղորդագրությունները կուղարկի անդամի՝ հատուկ այդ նպատակով ստեղծված այլընտրանքային փոստային հասցեին, էլփոստի հասցեին կամ հեռախոսահամարին, կամ եթե այն ստեղծված չէ՝ անդամի անունով՝ նրա գործերում նշված հասցեով կամ հեռախոսահամարով: Kaiser Permanente-ն չի բացահայտի ինտիմ բնույթի ծառայությունների հետ կապված բժշկական տվյալները որևէ այլ անդամի՝ առանց խնամքը ստացող անդամի գրավոր թույլտվության: Kaiser Permanente-ն կընդունի գաղտնի հաղորդակցությունը պահանջվող ձևով և ձևաչափով կազմակերպելու հայցերը, եթե դա հեշտությամբ հնարավոր է իրականացնել պահանջվող ձևով և ձևաչափով կամ այլընտրանքային վայրերում: Ինտիմ բնույթի ծառայությունների հետ կապված գաղտնի հաղորդակցության վերաբերյալ անդամի հայցը վավեր կլինի այնքան ժամանակ, քանի դեռ անդամը չի չեղարկել հայցը կամ չի ներկայացրել գաղտնի հաղորդակցության վերաբերյալ նոր հայց:

Անդամները կարող են պահանջել գաղտնի հաղորդակցություն՝ լրացնելով գաղտնի հաղորդակցության հարցման ձևը, որը հասանելի է kp.org կայքի «Գաղտնի հաղորդակցության հարցման ձևեր» բաժնում:

C1. Ինչպես ենք մենք պաշտպանում ձեր անձնական առողջապահական տեղեկությունները (PHI)

Մենք ապահովում ենք, որ ոչ լիազորված անձինք չդիտեն կամ չփոփոխեն ձեր գրառումները:

Բացառությամբ ստորև նշված դեպքերի, մենք ձեր անձնական բժշկական տվյալները չենք տալիս որևէ մեկին, որը ձեզ չի տրամադրում խնամք կամ չի վճարում ձեր խնամքի համար: Տրամադրելու դեպքում մենք նախ պետք է ձեզնից գրավոր թույլտվություն ստանանք: Դուք կամ որևէ այլ անձ, որը օրինականորեն լիազորված է որոշումներ կայացնել ձեր փոխարեն, կարող է գրավոր թույլտվություն տալ:

Երբեմն մենք պարտավոր չենք նախապես ստանալ ձեր գրավոր թույլտվությունը: Այս բացառությունները թույլատրվում կամ պահանջվում են օրենքով.

- Մենք պարտավոր ենք բացահայտել անձնական բժշկական տվյալները պետական մարմիններին, որոնք ստուգում են մեր պլանի խնամքի որակը:
- Մենք կարող ենք հրապարակել ձեր անձնական առողջապահական տեղեկությունները (PHI), եթե դա դատարանի որոշմամբ պահանջվում է, բայց միայն այն դեպքում, եթե դա թույլատրվում է Կալիֆոռնիայի օրենքով:
- Մենք պարտավոր ենք Medicare-ին տրամադրել ձեր անձնական առողջապահական տեղեկությունները (PHI), ներառյալ ձեր Medicare Մաս D-ի դեղերի վերաբերյալ տեղեկությունները: Եթե Medicare-ը բացահայտում է ձեր անձնական բժշկական տվյալները հետազոտության կամ այլ նպատակով օգտագործման համար, ապա դա անում է դաշնային օրենքների համաձայն:

C2. Ձեր բժշկական գրառումներին ծանոթանալու ձեր իրավունքը

- Դուք իրավունք ունեք նայելու ձեզ վերաբերող բժշկական արձանագրությունները և ստանալու դրանց պատճենները: Մենք կարող ենք ձեզանից վճար գանձել ձեր բժշկական արձանագրությունները պատճենելու համար:
- Դուք իրավունք ունեք խնդրելու մեզ թարմացնել կամ ուղղել ձեզ վերաբերող բժշկական արձանագրությունները: Եթե դուք մեզ խնդրեք դա անել, մենք կքննարկենք ձեր բուժծառայություններ մատուցողի հետ՝ արդյո՞ք հարկավոր է փոփոխությունները կատարել, թե՞ ոչ:
- Դուք իրավունք ունեք իմանալու, թե արդյոք և ինչպես ենք մենք ձեր անձնական առողջապահական տեղեկությունները (PHI) փոխանցում այլ անձանց ոչ սովորական նպատակներով:

Եթե հարցեր կամ մտահոգություններ ունեք ձեր անձնական առողջապահական տեղեկությունների (PHI) գաղտնիության վերաբերյալ, զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն:

D. Ձեզ տեղեկատվություն տրամադրելու մեր պատասխանատվությունը

Որպես մեր պլանի անդամ՝ դուք իրավունք ունեք մեզնից ստանալու տեղեկատվություն մեր պլանի, ցանցի բուժծառայություններ մատուցողի և ձեր փոխհատուցվող ծառայությունների մասին:

Եթե չեք խոսում անգլերեն, կարող եք օգտվել մեր բանավոր թարգմանչի ծառայություններից՝ մեր պլանի վերաբերյալ ձեր հարցերի պատասխանները ստանալու համար: Թարգմանչի ծառայությունները ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Այս ծառայությունն անվճար է ձեզ համար: Այս փաստաթուղթը կարող եք ստանալ արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հմոնգ, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալերեն և վիետնամերեն լեզուներով՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մենք կարող ենք նաև ձեզ տրամադրել տեղեկատվություն մեծ տառաչափով, բրայլյան գրությամբ, աուդիոֆայլով կամ տվյալների ֆայլով:

Հետևյալ հարցերով զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝

- Ինչպե՞ս ընտրել կամ փոխել պլանները:
- Մեր պլանը, այդ թվում՝
  - ֆինանսական տեղեկատվություն,
  - ինչպես են մեզ գնահատել պլանի անդամները,
  - անդամների կողմից ներկայացված բողոքարկումների քանակը,
  - ինչպես դուրս գալ մեր պլանից:
- Մեր ցանցի բուժծառայություններ մատուցողները և ցանցի դեղատները, այդ թվում՝
  - ինչպես ընտրել կամ փոխել առաջնային բուժօգնության մատակարարներին
  - մեր ցանցի բուժծառայություններ մատուցողների և դեղատների որակավորումները,
  - ինչպես ենք մենք վճարում մեր ցանցի բուժծառայություններ մատուցողներին:
- ապահովագրված ծառայություններ և դեղեր, ներառյալ՝
  - ծառայությունները (տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **3-րդ և 4-րդ գլուխները**) և դեղերը (տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **5-րդ և 6-րդ գլուխները**), որոնք փոխհատուցվում են մեր ծրագրի կողմից
  - ձեր ապահովագրական ծածկույթի և դեղերի սահմանափակումները:

- կանոնները, որոնց պետք է հետևեք՝ փոխհատուցվող ծառայություններ և դեղեր ստանալու համար:

- Ինչու որևէ բան չի փոխհատուցվում և ինչ կարող եք անել այդ դեպքում (տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **9-րդ գլուխը**), ներառյալ մեզ խնդրել՝
  - գրավոր ներկայացնենք, թե ինչու տվյալ ծառայության համար չի փոխհատուցվել
  - փոխենք մեր որոշումը,
  - վճարենք ձեր ստացած հաշիվը

E. Ցանցի բուժծառայություն մատուցողների՝ ձեզ անմիջապես հաշիվ ներկայացնելու անկարողությունը

Բժիշկները, հիվանդանոցները և մեր ցանցի այլ մատակարարները չեն կարող ձեզ ստիպել վճարել փոխհատուցվող ծառայությունների համար: Նրանք նաև չեն կարող ձեզնից գանձել ծառայության արժեքի և մեր կողմից վճարված գումարի միջև տարբերությունը կամ ձեզանից լրացուցիչ վճար պահանջել, եթե մենք վճարում ենք մատակարարի կողմից գանձված գումարից պակաս: Իմանալու համար, թե ինչ անել, եթե ցանցի մատակարարը փորձում է ձեզանից գանձել փոխհատուցվող ծառայությունների համար, տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **7-րդ գլուխը**:

F. Մեր ծրագրից դուրս գալու ձեր իրավունքը

Ոչ ոք չի կարող ստիպել ձեզ մնալ մեր ծրագրում, եթե դուք չեք ցանկանում:

- Դուք իրավունք ունեք ստանալու ձեր բուժծառայությունների մեծ մասը Original Medicare-ի կամ Medicare Advantage-ի (MA) մեկ այլ պլանով:
- Դուք կարող եք օգտվել Medicare-ի D մասի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի հետ կապված նպաստներից՝ դեղատոմսային դեղերի պլանով կամ Medicare Advantage-ի (MA) մեկ ուրիշ պլանով:
- Տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 10-ը** ՝
  - Լրացուցիչ տեղեկություններ այն մասին, թե երբ կարող եք միանալ նոր MA-ին կամ դեղատոմսով դեղերին առընչվող նպաստների պլանին:
  - ինչպես կստանաք ձեր Medi-Cal-ի նպաստները, եթե դուրս գաք մեր պլանից:

G. Ձեր առողջապահական խնամքի վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու ձեր իրավունքը

Դուք իրավունք ունեք ձեր բժիշկներից և այլ մատակարարներից ստանալու ամբողջական տեղեկություններ, որը կօգնի ձեզ որոշումներ կայացնել ձեր խնամքի վերաբերյալ:

G1. Ձեր բուժման տարբերակների մասին տեղեկանալու և որոշումներ կայացնելու ձեր իրավունքը

Ձեր բուժծառայություններ մատուցողները պետք է ձեզ հասկանալի ձևով բացատրեն, թե ինչ առողջական խնդիրներ ունեք և ինչ բուժման տարբերակներ կան: Դուք իրավունք ունեք՝

- **Իմացեք ձեր տարբերակների մասին:** Դուք ունեք բուժման բոլոր տարբերակների մասին տեղեկատվություն ստանալու իրավունք:
- **Իմացեք ռիսկերի մասին:** Դուք իրավունք ունեք ստանալու տեղեկատվություն բուժման հետ կապված ցանկացած ռիսկի մասին: Մենք պարտավոր ենք ձեզ նախապես տեղեկացնել, եթե որևէ ծառայություն կամ բուժում կլինիկական հետազոտության մաս է կազմում: Դուք իրավունք ունեք հրաժարվելու փորձարարական բուժումից:
- **Ստացեք երկրորդ կարծիք:** Դուք իրավունք ունեք դիմելու ուրիշ բժշկի՝ նախքան բուժման վերաբերյալ որոշում կայացնելը:
- **Մերժեք:** Դուք իրավունք ունեք հրաժարվելու փորձարարական բուժումից: Դա ներառում է հիվանդանոցից կամ այլ բժշկական հաստատությունից դուրս գալու իրավունքը, նույնիսկ եթե ձեր բժիշկը ձեզ խորհուրդ չի տալիս դա անել: Դուք իրավունք ունեք դադարեցնելու նշանակված դեղամիջոցի ընդունումը: Եթե դուք հրաժարվեք բուժումից կամ դադարեցնեք նշանակված դեղամիջոցի ընդունումը, մենք ձեզ չենք հանի մեր պլանից: Այնուամենայնիվ, եթե դուք հրաժարվում եք բուժումից կամ դադարեցնում եք դեղամիջոցի ընդունումը, ապա կատարվածի ողջ պատասխանատվությունը ընկնում է ձեզ վրա:
- **Մեզանից բացատրություն ստացեք, թե ինչու է մատակարարը մերժել բուժօգնությունը:** Դուք իրավունք ունեք մեզնից բացատրություն ստանալու, եթե բուժծառայություններ մատուցողը հրաժարվել է տրամադրել ծառայությունը, որը ձեր կարծիքով ձեզ հասնում էր:
- **Պահանջելու մեզնից, որպեսզի փոխհատուցենք ծառայության կամ դեղի համար, որը մենք հրաժարվել ենք անել կամ սովորաբար չենք փոխհատուցում:** Դա կոչվում է փոխհատուցման որոշում: **Այս** *Անդամի ձեռնարկի* 9-րդ գլուխը **բացատրում է, թե ինչպես մեզնից խնդրել փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում:**

G2. Ձեր ցանկությունները հայտնելու իրավունքը, եթե չեք կարող ինքնուրույն որոշումներ կայացնել ձեր առողջապահական խնամքի վերաբերյալ

Երբեմն մարդիկ չեն կարող ինքնուրույն որոշումներ կայացնել իրենց առողջապահական խնամքի վերաբերյալ: Նախքան որոշում կայացնելը՝ դուք կարող եք.

- Լրացնել գրավոր ձև՝ **որևէ մեկին իրավունք տալով ձեր փոխարեն առողջապահական խնամքի վերաբերյալ որոշումներ կայացնել**, եթե երբևէ չկարողանաք ինքնուրույն որոշումներ կայացնել:
- Ձեր **բժիշկներին գրավոր ցուցումներ տվեք,** թե ինչպես պետք է իրականացնեն ձեր խնամքը, եթե այլևս չկարողանաք ինքնուրույն որոշումներ կայացնել, ներառյալ այն խնամքի մասին, որը չեք ցանկանում ստանալ:

Ցուցումները տալու համար օգտագործվող իրավական փաստաթուղթը կոչվում է «կարգադրագիր»: Կան կարգադրագրերի տարբեր տեսակներ և դրանք տարբեր անուններ ունեն: Նման կարգադրագրերի օրինակներից են՝ բժշկական կտակը և խնամքի լիազորագիրը:

Դուք կարող եք, բայց պարտավոր չեք, նախնական կարգադրագիր ունենալ: Ահա թե ինչ պետք է անել, եթե ցանկանում եք նախնական կարգադրագիր գրել:

- **Ստացեք կարգադրագրի ձևը** Ձևը կարող եք ստանալ ձեր բժշկից, իրավաբանից, սոցիալական աշխատողից կամ որոշ գրենական պիտույքների խանութներից: Ձևերը հաճախ առկա են դեղատներում և մատակարարների գրասենյակներում: Դուք կարող եք գտնել անվճար ձև առցանց և ներբեռնել այն: Կարող եք նաև դիմել Անդամների սպասարկման բաժին՝ ձևը խնդրելու համար:

- **Լրացրեք և ստորագրեք ձևը:** Ձևն իրավաբանական փաստաթուղթ է: Այն լրացնելիս ձեզ կարող են օգնել իրավաբանը կամ մեկ ուրիշն, ում վստահում եք, օրինակ՝ ընտանիքի անդամը կամ ձեր PCP-ն:

- **Ձևի պատճենները տվեք նրանց, ովքեր պետք է իմանան ձևի մասին:** Ձևի պատճենը տվեք ձեր բժշկին: Դուք պետք է նաև օրինակը տաք այն անձին, ում նշանակել եք՝ ձեր փոխարեն որոշումներ կայացնելու համար, եթե դուք իվիճակի չլինեք: Դուք կարող եք օրինակները տալ մտերիմ ընկերներին կամ ընտանիքի անդամներին: Մեկ օրինակ պահեք տանը:

- Եթե դուք հոսպիտալացված եք և ունեք ստորագրված կարգադրագիր, **դրա պատճենը տարել հիվանդանոց**:

  - Հիվանդանոցում ձեզ կհարցնեն՝ ձեզ հետ բերե՞լ եք ստորագրված նախնական կարգադրագրի ձևը:

  - Հիվանդանոցն ունի ձևեր և, եթե չունեք ստորագրված նախնական կարգադրագրի ձև, ձեզ կհարցնեն՝ արդյոք ցանկանու՞մ եք ստորագրել իրենց մոտ եղած ձևը:

Դուք իրավունք ունեք՝

- Ձեր նախնական կարգադրագիրն ավելացնելու ձեր բժշկական արձանագրություններում:

- Ցանկացած ժամանակ փոխելու կամ չեղարկելու ձեր նախնական կարգադրագիրը:

- Տեղեկանալու նախնական կարգադրագրերին վերաբերող օրենքների փոփոխությունների մասին: Kaiser Permanente Dual Complete-ի միջոցով կտեղեկանաք նահանգային օրենքում փոփոխությունների մասին ոչ ուշ, քան փոփոխությունից 90 օր անց:

Օրենքով ոչ ոք չի կարող ժխտել ձեր հոգատարությունը կամ խտրականություն ցուցաբերել ձեր նկատմամբ՝ հիմնվելով նրա վրա, թե արդյոք դուք ստորագրել եք նախնական կարգադրագիր, թե՝ ոչ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:

G3. Ինչ անել, եթե ձեր ցուցումները չեն կատարվում

Եթե դուք ստորագրել եք նախնական կարգադրագիր և կարծում եք, որ բժիշկը կամ հիվանդանոցը չեն հետևել դրանում նշված հրահանգներին, կարող եք բողոք ներկայացնել Որակի բարելավման կազմակերպությանը, որը նշված է այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 2,Բաժին Զ**-ում:

H. Բողոքներ ներկայացնելու և մեր որոշումների վերանայման հայտ ներկայացնելու ձեր իրավունքը

Այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 9 -ը** կօգնի ձեզ հասկանալ՝ ինչ կարող եք անել, եթե ունեք որևէ խնդիր կամ մտահոգություն ձեր փոխհատուցվող ծառայությունների կամ խնամքի վերաբերյալ: Օրինակ՝ կարող եք մեզնից պահանջել, որ կայացնենք փոխհատուցման որոշում, բողոքարկել՝ փոխհատուցման որոշումը փոխելու համար կամ բողոք ներկայացնել:

Դուք իրավունք ունեք տեղյակ լինելու բողոքարկումների և բողոքների մասին, որոնք պլանի մյուս անդամները ներկայացրել են մեր դեմ: Այդ տեղեկատվությունը ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:

H1. Ինչ անել անարդար վերաբերմունքի դեպքում կամ ինչպես ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ ձեր իրավունքների մասին

Եթե կարծում եք, որ մենք ձեզ հետ անարդար ենք վարվել, և այդ խտրականության պատճառը թվարկված **չէ** այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 11**-ում, կամ եթե ցանկանում եք հավելյալ տեղեկություններ ստանալ ձեր իրավունքների վերաբերյալ, կարող եք զանգահարել՝

- Անդամների սպասարկման բաժին
- Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP)՝ 1-800-434-0222: HICAP-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս *Անդամի ձեռնարկի* **Բաժին Ե**-ի **Գլուխ 2**-ը:
- Medi-Cal օմբուդսմեն՝ 1-888-452-8609: Այս ծրագրի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխը 2**-ը:
- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: (Կարող եք նաև կարդալ կամ ներբեռնել «Medicare-ի իրավունքներն ու պաշտպանությունը», որը կարող եք գտնել Medicare-ի կայքում՝ www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf:)

I. Ձեր՝ որպես ծրագրի անդամի պարտականություններ

Որպես պլանի անդամ՝ դուք պարտավոր եք կատարել ստորև նշված գործողությունները: Եթե ունեք հարցեր, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:

- **Կարդացե՛ք այս *Անդամի ձեռնարկը*՝** իմանալու համար, թե ինչ է փոխհատուցում մեր պլանը, և ինչ կանոններ պետք է պահպանել՝ փոխհատուցվող ծառայություններ և դեղեր ստանալու համար: Մանրամասները՝
    - Փոխհատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ կգտնեք այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 3-ում և 4-ում**: Այդ գլուխներում ներկայացված է, թե ինչն է փոխհատուցվում, և ինչը՝ ոչ, ինչ կանոնների պետք է հետևեք և ինչքան վճարեք:
    - Փոխհատուցվող դեղերի վերաբերյալ կգտնեք այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 5-ում և 6-ում**:
- **Մեզ տեղեկացրեք ձեր որևէ այլ առողջապահական կամ դեղորայքային փոխհատուցման** մասին: Մենք պետք է համոզվենք, որ դուք օգտվում եք ձեր փոխհատուցման բոլոր տարբերակներից, երբ ստանում եք բժշկական ծառայություններ: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին, եթե ունեք այլ փոխհատուցում:
- **Տեղեկացրեք ձեր բժշկին և խնամքի այլ մատակարարների**, որ դուք մեր պլանի անդամ եք: Ցույց տվեք ձեր Անդամի ID քարտը՝ ծառայություններ կամ դեղեր ստանալիս:
- **Օգնեք ձեր բժիշկներին**և խնամքի այլ մատակարարների՝ ձեզ լավագույն խնամք տրամադրելու հարցում:
    - Տվեք նրանց անհրաժեշտ տեղեկատվությունը ձեր և ձեր առողջության մասին: Որքան հնարավոր է տեղեկացված եղեք ձեր առողջական խնդիրների մասին: Հետևեք ձեր և ձեր մատակարարների միջև համաձայնեցված բուժման պլաններին և հրահանգներին:
    - Համոզվեք, որ ձեր բժիշկները և մնացած մատակարարները գիտեն ձեր ընդունած բոլոր դեղերի մասին: Դրանց թվում են առանց դեղատոմսի ձեռք բերվող դեղերը, վիտամինները և հավելումները:
    - Տվեք ցանկացած հարց, որ ունեք: Ձեր բժիշկները և մնացած մատակարարները պետք է ձեզ բացատրեն ձեզ հասկանալի ձևով: Եթե հարց եք տալիս և չեք հասկանում պատասխանը, կրկին հարցրեք:
- **Աշխատեք ձեր խնամքի համակարգողի հետ**՝ ներառյալ տարեկան առողջական ռիսկի գնահատումն անցկացնելիս:
- **Ուշադիր եղեք:** Մենք ակնկալում ենք, որ պլանի բոլոր մասնակիցները պետք է հարգեն մյուսների իրավունքները: Մենք նաև ակնկալում ենք, որ հարգալից վերաբերմունք կդրսևորեք ձեր բժշկի կաբինետում, հիվանդանոցներում և մնացած մատակարարների գրասենյակներում:

- **Վճարեք ձեր պարտքը:** Որպես պլանի անդամ՝ դուք պատասխանատու եք հետևյալ վճարումների համար՝

  - Medicare-ի Մաս A-ի և Մաս B-ի ապահովագրավճարներ: Medi-Cal-ը վճարում է ձեր Medicare Մաս A-ի և Մաս B-ի ապահովագրավճարները՝ Kaiser Permanente Dual Complete պլանի անդամների մեծ մասի համար:

  - Մեր պլանի շրջանակում փոխհատուցվող ձեր որոշ դեղերի համար, դուք պետք է վճարեք ծախսերի ձեր մասնաբաժինը՝ ծառայությունը կամ դեղը ստանալիս: **Գլուխ 6-ում** ասվում է, թե որքան պետք է վճարեք ձեր դեղերի համար:

  - Եթե **դուք ստանում եք մեր ծրագրով չապահովագրված որևէ ծառայություն կամ դեղամիջոց, դուք պետք է վճարեք դրա ամբողջ արժեքը:** (**Նշում.** Եթե համաձայն չեք ծառայության կամ դեղի դիմաց փոխհատուցում չտրամադրելու մեր որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել այն: Բողոքարկում ներկայացնելու մասին տեղեկանալու համար տե՛ս այս Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը:

- **Տեղափոխվելու դեպքում տեղեկացրեք մեզ:** Եթե պատրաստվում եք տեղափոխվել, անմիջապես տեղեկացրեք մեզ: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:

  - **Եթե տեղափոխվեք մեր սպասարկման տարածքից դուրս, չեք կարող մնալ մեր պլանում:** Մեր պլանին կարող են անդամագրվել միայն այն անձինք, ովքեր ապրում են մեր սպասարկման տարածքում: Սույն **Անդամի ձեռնարկի** *Գլուխ 1-ը* ծանուցում է ձեզ ծառայությունների մատուցման տարածքների մասին:

  - Մենք կարող ենք օգնել ձեզ պարզել՝ տեղափոխվելով՝ դուք մեր սպասարկման տարածքից դուրս եք գալիս, թե՞ ոչ: Գրանցման հատուկ ժամանակահատվածում դուք կարող եք անցում կատարել Original Medicare-ին կամ գրանցվել Medicare-ի առողջապահական կամ դեղերի նոր պլանում՝ ձեր նոր բնակության վայրում: Մենք կարող ենք ձեզ հայտնել՝ ձեր նոր տարածքում մենք պլան ունենք, թե ոչ:

  - Տեղափոխվելուց հետո հայտնեք ձեր նոր հասցեն Medicare-ին և Medi-Cal-ին: Տե՛ս սույն *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 2-ը** Medicare-ի և Medi-Cal-ի հեռախոսահամարների համար:

  - **Եթե տեղափոխվեք, սակայն մնաք մեր սպասարկման տարածքում, միևնույն է պետք է տեղեկացվենք:** Մենք պարտավոր ենք թարմացնել ձեր տվյալները և իմանալ, թե ինչպես կապ հաստատել ձեզ հետ:

  - **Եթե տեղափոխվում եք, տեղեկացրեք Սոցիալական ապահովության ծառայությանը (կամ Երկաթուղային թոշակային խորհրդին):**

- **Տեղեկացրեք մեզ, եթե ունեք նոր հեռախոսահամար** կամ ձեզ հետ կապվելու ավելի լավ միջոց:

- **Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին օգնության համար, եթե հարցեր կամ մտահոգություններ ունեք:**

Գլուխ 9. Ինչ անել խնդիր կամ բողոք ունենալու դեպքում (փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումներ, բողոքարկումներ, բողոքներ)

Ներածություն

Այս գլուխը պարունակում է տեղեկատվություն ձեր իրավունքների մասին: Կարդացեք այս գլուխը՝ պարզելու համար, թե ինչ անել, եթե՝

- Ձեր պլանի հետ կապված խնդիր կամ բողոք ունեք:
- Ձեզ անհրաժեշտ է որևէ ծառայություն, պարագա կամ դեղ, որի համար ձեր պլանը չի վճարում:
- Համաձայն չեք ձեր խնամքի վերաբերյալ ձեր պլանի ընդունած որոշման հետ:
- Կարծում եք, որ ծառայությունների համար փոխհատուցումը շուտ ենք դադարեցնում:
- Խնդիր կամ բողոք ունեք՝ կապված ձեր երկարաժամկետ ծառայությունների ու աջակցության հետ, որը ներառում է Մեծահասակների համայնքային ծառայությունների (CBAS) և Բուժքույրական խնամքի հաստատության (NF) ծառայությունները:

Այս գլուխը բաղկացած է տարբեր բաժիններից, որպեսզի հեշտությամբ կարողանաք գտնել այն, ինչ որոնում եք: **Եթե որևէ խնդիր կամ մտահոգություն ունեք, կարդացեք այս գլխի այն մասերը, որոնք վերաբերում են ձեր իրավիճակին:**

Դուք պետք է ստանաք այն խնամքը, դեղերը և երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցությունը, որոնք ձեր բժիշկը և մյուս մատակարարները կորոշեն, որ անհրաժեշտ են ձեր խնամքի համար՝ որպես ձեր խնամքի պլանի մաս: **Եթե ձեր խնամքի հետ կապված խնդիր ունեք, կարող եք օգնության համար զանգահարել Medicare Medi-Cal Օմբուդսմենի ծառայությունների ծրագրին՝ 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով**: Այս գլխում ներկայացված են, թե ինչ տարբերակներ ունեք, որոնք հասանելի են ձեզ տարբեր խնդիրների և բողոքների դեպքում, սակայն միշտ կարող եք զանգահարել Օմբուդսմենի ծառայությունների պլան, որպեսզի ուղղորդեն ձեզ՝ ձեր խնդիրը լուծելու համար: Ձեր մտահոգությունները լուծելու և նրանց հետ կապվելու եղանակների համար լրացուցիչ ռեսուրսների համար կարդացեք սույն *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ** 2-ը:

Գլուխ 9 Բովանդակություն

A. Ի՞նչ անել, եթե խնդիր կամ մտահոգություն ունեք 288

A1. Իրավական պայմանների մասին 288

B. Որտեղ օգնություն ստանալ 288

B1. Լրացուցիչ տեղեկությունների և օգնության համար 288

C. Medicare-ի և Medi-Cal-ի բողոքները և բողոքարկումները մեր ծրագրում 290

D. Ձեր նպաստների հետ առնչվող խնդիրներ 290

E. Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումներ և բողոքարկումներ 291

E1. Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումներ 291

E2. Բողոքարկումներ 292

E3. Օգնություն՝ փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումների և բողոքարկումների հետ կապված 292

E4. Այս գլխի որ բաժինը կարող է օգնել ձեզ 294

F. Խնամք 294

F1. Այս բաժնի օգտագործումը 294

F2. Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշման խնդրանք 295

F3. 1-ին մակարդակի բողոքարկում 298

F4. 2-ին մակարդակի բողոքարկում 302

F5. Վճարման հետ կապված խնդիրներ 309

G. Medicare Մաս D-ի դեղեր 311

G1. Medicare Մաս D-ի փոխհատուցման որոշումներ և բողոքարկումներ 311

G2. Medicare Մաս D-ի բացառություններ 312

G3. Կարևոր բաներ, որոնք պետք է իմանալ բացառություն խնդրելու մասին 314

G4. Ապահովագրության որոշման խնդրանք՝ ներառյալ բացառությունը 315

G5. 1-ին մակարդակի բողոքարկում 317

G6. 2-րդ մակարդակի բողոքարկում 320

H. Հիվանդանոցում ավելի երկար մնալու ծախսերի փոխհատուցում 322
H1. Ձեր Medicare իրավունքները 322
H2. 1-ին մակարդակի բողոքարկում 324
H3. 2-րդ մակարդակի բողոքարկում 326
I. Որոշակի բուժծառայությունների փոխհատուցման հայտ 327
I1. Ձեր փոխհատուցման ժամկետի ավարտից առաջ նախօրոք ծանուցում 327
I2. 1-ին մակարդակի բողոքարկում 328
I3. 2-րդ մակարդակի բողոքարկում 330
J. Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկման բարձրացում հաջորդ մակարդակ 331
J1. Medicare ծառայություններ և պարագաներ ստանալու համար հաջորդ քայլերը 331
J2. Լրացուցիչ Medi-Cal բողոքարկումներ 332
J3. Medicare Մաս D-ի դեղերի հայցերի 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակների բողոքարկում 332
K. Ինչպես բողոք ներկայացնել 334
K1. Ինչպիսի՞ խնդիրների դեպքում պետք է բողոք ներկայացնել 334
K2. Ներքին բողոքներ 336
K3. Արտաքին բողոքներ 337

A. Ի՞նչ անել, եթե խնդիր կամ մտահոգություն ունեք

Այս գլուխը բացատրում է, թե ինչպես լուծել խնդիրները և մտահոգությունները: Կիրառվող գործընթացը կախված է ձեր խնդրի տեսակից: Օգտագործեք մեկ գործընթաց **փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումների և բողոքարկումների** և մեկ ուրիշը՝ **բողոքներ ներկայացնելու համար** (նաև կոչվում է գանգատներ):

Արդարությունն ու արագությունն ապահովելու համար յուրաքանչյուր գործընթաց ունի կանոնների, ընթացակարգերի և վերջնաժամկետների մի շարք, որոնց մենք և դուք պետք է հետևենք:

A1. Իրավական պայմանների մասին

Այս գլխում կան որոշ կանոնների և վերջնաժամկետների համար նախատեսված իրավական տերմիններ: Այդ տերմիններից շատերը կարող են դժվար հասկանալի լինել, ուստի որոշ իրավաբանական տերմինների փոխարեն մենք ավելի պարզ բառեր ենք օգտագործում: Մենք հնարավորինս քիչ ենք օգտագործում հապավումները:

Օրինակ՝ ասում ենք՝

- «Բողոք ներկայացնել», այլ ոչ թե «գանգատ ներկայացնել»:
- «Փոխհատուցման որոշում», այլ ոչ թե «կազմակերպության կողմից կայացված վճիռ», «նպաստի վճիռ», «ռիսկային վճիռ» կամ «փոխհատուցման վճիռ»:
- «փոխհատուցման արագ որոշում», այլ ոչ թե «արագացված վճռի կայացում»:
- «Անկախ վերանայման կազմակերպություն» (IRO), «Անկախ վերանայման մարմին» (IRO) տերմինի փոխարեն:

Իրավական համապատասխան տերմինների իմացությունը կարող է օգնել ձեզ ավելի հստակ շփվել, ուստի մենք դրանք նույնպես տրամադրում ենք:

B. Որտեղ օգնություն ստանալ

B1. Լրացուցիչ տեղեկությունների և օգնության համար

Երբեմն դժվար է սկսել խնդրի լուծման գործընթացը կամ շարունակել այն: Դա հատկապես այն ժամանակ է լինում, երբ դուք ձեզ ավ չեք զգում կամ եռանդի պակաս ունեք: Հնարավոր է նաև, որ չունեք անհրաժեշտ տեղեկատվությունը՝ հաջորդ քայլը ձեռնարկելու համար:

Օգնություն մեր պլանից

Կարող եք զանգահարել մեր պլանին 1-800-443-0815 (TTY 711) հեռախոսահամարով՝ խնդրի լուծում կամ հարցերի պատասխան ստանալու համար:

Օգնություն Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագրից

Կարող եք զանգահարել Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով: Կարող եք նաև վերանայել նրանց կայքը՝https://www.aging.ca.gov/HICAP/. HICAP-ի խորհրդատուները կարող են պատասխանել ձեր հարցերին և օգնել ձեզ հասկանալ, թե ինչպես կարգավորել ձեր խնդիրը: HICAP-ը կապ չունի մեզ հետ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական պլանի հետ: HICAP-ն ունի վերապատրաստված խորհրդատուներ յուրաքանչյուր վարչաշրջանում, իսկ ծառայություններն անվճար են:

***Medicare Medi-Cal** Օմբուդսմենի ծառայությունների պլան*

Ձեր առողջական ապահովագրության հարցերի համար կարող եք զանգահարել Medicare Medi-Cal Օմբուդսմենի ծառայությունների ծրագրին և խոսել փաստաբանի հետ: Նրանք կարող են անվճար իրավաբանական օգնություն առաջարկել: Օմբուդսմենի ծառայությունների պլանը կապ չունի մեզ հետ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական պլանի հետ: Նրանց հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077, և նրանց կայքը՝ www.healthconsumer.org:

*Օգնություն և տեղեկատվություն **Medicare**-ից*

Լրացուցիչ տեղեկությունների և օգնության համար կարող եք կապվել Medicare-ի հետ: Աջակցության կենտրոնից օգնություն կարող եք ստանալ երկու եղանակով.

- Զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Այցելեք Medicare-ի կայքէջ (www.medicare.gov):

Օգնություն Կալիֆոռնիայի Առողջապահական խնամքի ծառայությունների վարչությունից

Կալիֆոռնիայի Առողջապահական խնամքի ծառայությունների վարչության (DHCS) Medi-Cal-ի կողմից կառավարվող խնամքի օմբուդսմենը կարող է օգնել: Նրանք կարող են օգնել, եթե Դուք խնդիրներ ունեք առողջապահական ծրագրի անդամագրվելու, այն փոխելու կամ լքելու հետ կապված: Նա կարող է օգնել նաև, եթե դուք տեղափոխվել եք և Medi-Cal-ից օգտվելու դժվարություններ ունեք նոր վարչաշրջանում: Կարող եք զանգահարել Օմբուդսմենին երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8:00-ից մինչև 17:00՝ 1-888-452-8609 հեռախոսահամարով:

Օգնություն Կալիֆոռնիայի Կառավարվող խնամքի վարչությունից

Անվճար օգնության համար դիմեք Կալիֆոռնիայի Կառավարվող խնամքի վարչություն (DMHC): DMHC-ը պատասխանատու է առողջապահական պլանների վերահսկման հարցում: DMHC-ը օգնում է Medi-Cal-ի ծառայությունների հետ կապված բողոքներ կամ հաշիվների հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց: Հեռախոսահամարն է՝ **1-888-466-2219**: Խլություն, լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեցող անձինք կարող են զանգահարել անվճար **հեռախոսահամարին՝, 1-877-688-9891**: Կարող եք նաև այցելել DMHC-ի կայք՝ **www.dmhc.ca.gov**:

Կալիֆոռնիայի Կառավարվող խնամքի վարչությունը պատասխանատու է առողջապահական խնամքի ծառայության ծրագրերի կարգավորման համար: Եթե բողոք ունեք ընդդեմ ձեր առողջապահական պլանի, սկզբից պետք է զանգահարեք ձեր առողջապահական պլան՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)** հեռախոսահամարով և կիրառեք ձեր առողջապահական պլանի բողոք ներկայացնելու գործընթացը, նախքան վարչություն դիմելը: Բողոքարկման այս ընթացակարգից օգտվելը չի զրկի ձեզ հնարավոր որևէ այլ օրինական իրավունքներից կամ միջոցներից: Եթե բողոք ներկայացնելու օգնության կարիք ունեք, որը կապված է արտակարգ դեպքի հետ, բողոք, որը բավարար կերպով չի լուծվել ձեր առողջապահական ծրագրի կողմից, կամ բողոք, որը չի լուծվել ավելի քան 30 օրվա ընթացքում, կարող եք զանգահարել բաժին օգնության համար: Դուք կարող եք նաև որակավորվել Անկախ բժշկական վերանայման (Independent Medical Review, IMR) համար: Եթե որակավորվում եք IMR համար, IMR գործընթացը կապահովի անկողմնակալ վերանայում այն բժշկական որոշումների, որոնք ընդունվել են առողջապահական ծրագրի կողմից՝ կապված առաջարկված ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտության հետ, ապահովագրության որոշումների այն բուժումների վերաբերյալ, որոնք փորձնական են կամ հետազոտական բնույթի, ինչպես նաև վճարման հետ կապված վեճերի շտապ օգնության կամ հրատապ բժշկական ծառայությունների համար: Վարչությունն ունի նաև **անվճար հեռախոսահամար** (**1-888-466-2219**) և **TDD գիծ՝** (**1-877-688-9891**) լսողության և խոսքի խնդիրներ ունեցողների համար: Վարչության **www.dmhc.ca.gov** ինտերնետային կայքում ներկայացված են բողոքի ձևաթղթեր, IMR-ի դիմումի ձևաթղթեր և առցանց հրահանգներ:

C. Medicare-ի և Medi-Cal-ի բողոքները և բողոքարկումները մեր ծրագրում

Դուք ունեք Medicare և Medi-Cal: Այս գլխում ներկայացված տեղեկությունները վերաբերում են Medicare-ի և Medi-Cal-ի ձեր բոլոր կառավարվող նպաստներին: Այն երբեմն կոչվում է «ինտեգրված գործընթաց», քանի որ համատեղում կամ ինտեգրում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի գործընթացները:

Երբեմն Medicare-ի և Medi-Cal-ի գործընթացները չեն կարող համատեղվել: Նման իրավիճակներում դուք կիրառում եք մի գործընթաց Medicare-ի նպաստի համար և մեկ այլ գործընթաց՝ Medi-Cal-ի նպաստի համար: **Բաժին Զ4**-ը բացատրում է այս իրավիճակները:

D. Ձեր նպաստների հետ առնչվող խնդիրներ

Եթե որևէ խնդիր կամ մտահոգություն ունեք, կարդացեք այս գլխի այն հատվածները, որոնք վերաբերում են ձեր իրավիճակին: Հետևյալ աղյուսակը կօգնի ձեզ գտնել այս գլխի համապատասխան բաժինը՝ խնդիրների կամ բողոքների համար:

Ձեր խնդիրը կամ մտահոգությունը վերաբերու՞մ է ձեր նպաստներին կամ փոխհատուցմանը:

Սա ներառում է որոշակի խնամքի (բժշկական պարագաներ, ծառայություններ և/կամ Մաս B-ի դեղամիջոցներ) փոխհատուցման ենթակա լինելու կամ չլինելու, փոխհատուցման եղանակի և վճարման հետ կապված խնդիրներ:

Այո:	**Ոչ**
Իմ խնդիրը նպաստների կամ ապահովագրության հետ է կապված:	Իմ խնդիրը նպաստների կամ ապահովագրության հետ կապված չէ:
Տե՛ս **Բաժին Ե**-ն՝ «Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումներ և բողոքարկումներ»:	Տե՛ս **Բաժին Ի**-ն՝ «Ինչպե՞ս բողոք ներկայացնել»:

E. Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումներ և բողոքարկումներ

Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում խնդրելու և բողոքարկում ներկայացնելու գործընթացը վերաբերում է ձեր խնամքի (ծառայությունների, պարագաների և Մաս B-ի դեղերի, ներառյալ վճարումը) նպաստների և փոխհատուցման հետ կապված խնդիրներին: Պարզության համար մենք սովորաբար բժշկական պարագաները, ծառայությունները և Մաս B-ի դեղերը անվանում ենք խնամք: Դուք օգտագործում եք փոխհատուցման վերաբերյալ որոշման և բողոքարկման գործընթացը այնպիսի հարցերի համար, ինչպիսիք են՝ արդյոք ինչ-որ բան փոխհատուցվում է, թե ոչ, և թե ինչպես է ինչ-որ բան փոխհատուցվում:

E1. Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումներ

Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումը մեր կողմից կայացվող որոշում է ձեր նպաստների և փոխհատուցման կամ ձեր բուժծառայությունների կամ դեղերի համար վճարվող գումարի վերաբերյալ: Դուք կամ ձեր բժիշկը կարող եք նաև դիմել մեզ և պահանջել փոխհատուցման որոշում: Հնարավոր է, որ դուք կամ ձեր բժիշկը համոզված չլինեք՝ մենք փոխհատուցու՞մ ենք տվյալ բուժծառայության համար, թե՞ հնարավոր է մերժենք խնամքի տրամադրումը, որը ձեր կարծիքով անհրաժեշտ է ձեզ: **Եթե ցանկանում եք իմանալ, թե արդյոք մենք կապահովագրենք բուժծառայությունը նախքան այն ստանալը, կարող եք խնդրել մեզ ձեզ համար փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնել:**

Մենք փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում ենք կայացնում, երբ վերանայում ենք ծառայության համար ներկայացված հայտը կամ պահանջը: Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք որոշում կայացնել, որ ծառայության կամ դեղի համար չենք փոխհատուցելու, կամ այն այլևս չլինի Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում: Եթե դուք համաձայն չեք այս ապահովագրության որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել այն:

E2. Բողոքարկումներ

Եթե մենք փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնենք, և դուք գոհ չլինեք այդ որոշումից, կարող եք «բողոքարկել» որոշումը: Բողոքարկումը փոխհատուցման վերաբերյալ մեր կայացրած որոշումը վերանայելու և փոխելու խնդրանքի պաշտոնական ձև է:

Երբ դուք առաջին անգամ եք բողոքարկում որոշումը, սա կոչվում է 1-ին մակարդակի բողոքարկում: Այս բողոքարկման ժամանակ մենք վերանայում ենք փոխհատուցման մեր որոշումը՝ ստուգելու համար՝ արդյոք ինչպես հարկն է հետևե՞լ ենք բոլոր կանոններին: Ձեր բողոքարկումը քննվում է այլ վերանայողների կողմից, ովքեր ներգրավված չեն եղել ձեր սկզբնական հայցի մերժման գործում:

Շատ դեպքերում, դուք պետք է սկսեք ձեր բողոքարկումը 1-ին մակարդակից: Եթե ձեր առողջական խնդիրը անհետաձգելի է կամ ներառում է ձեր առողջությանը սպառնացող անմիջական և լուրջ սպառնալիք, կամ եթե դուք ուժեղ ցավ եք զգում և ավելի արագ որոշում եք պահանջում, կարող եք դիմել IMR բժշկական վերանայման՝ Կառավարվող խնամքի վարչությունից՝ հետևյալ հասցեով՝ www.dmhc.ca.gov: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին Զ4**-ը:

Երբ ավարտենք վերանայումը, ձեզ կտեղեկացնենք մեր որոշման մասին: Որոշակի հանգամանքներում, որոնք բացատրվում են այս գլխում ավելի ուշ, դուք կարող եք դիմել արագացված կամ «փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշման» կամ փոխհատուցման վերաբերյալ որոշման «արագ բողոքարկման» համար:

Եթե ասենք **Ոչ** ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք ձեզ նամակ կուղարկենք: Եթե ձեր խնդիրը կապված է Medicare բժշկական խնամքի փոխհատուցման հետ, նամակում կնշվի, որ մենք ձեր գործն ուղարկել ենք Անկախ վերանայման կազմակերպություն (IRO)՝ բողոքարկման 2-րդ մակարդակ: Եթե ձեր խնդիրն առնչվում է Medicare-ի D մասի կամ Medicaid-ի որևէ ծառայության կամ պարագայի փոխհատուցմանը, նամակում կնշվի, թե ինչպես կարող եք ինքնուրույն ներկայացնել բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցը: Տե՛ս **Բաժին Զ4**-ը 2-րդ մակարդակի բողոքարկումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Եթե գոհ չեք 2-րդ մակարդակի բողոքարկման որոշումից, կարող եք անցնել բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակներով:

E3. Օգնություն՝ փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումների և բողոքարկումների հետ կապված

Դուք կարող եք օգնության համար դիմել՝

- **Անդամների սպասարկման բաժին**՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:
- **Medicare Medi-Cal-ի Օմբուդսմենի ծառայությունների պլան՝ 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:**
- **Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP)**՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով:

- **Կառավարվող խնամքի վարչություն Աջակցության կենտրոնը** (DMHC) անվճար օգնության համար: DMHC-ը օգնում է Medi-Cal-ի ծառայությունների հետ կապված բողոքներ կամ հաշիվների հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց: Հեռախոսահամարն է՝ 1-888-466-2219: Խլություն, լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեցող անձինք կարող են զանգահարել անվճար TDD հեռախոսահամարին՝ 1-877-688-9891: Կարող եք նաև այցելել DMHC-ի կայք՝ www.dmhc.ca.gov: Թեև DMHC-ն կարող է օգնել կառավարվող Medi-Cal ծրագրերում գրանցված մարդկանց, այն չի կարող օգնել միայն Medicare ծրագրերի և հետևյալ շրջանային կազմակերպված առողջապահական համակարգերում (COHS) գրանցված մարդկանց՝ Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health և CalOptima: Դաշնային կառավարությունը կարգավորում է Medicare ծրագրերը, իսկ Առողջապահական խնամքի ծառայությունների վարչությունը կարգավորում է COHS ծրագրերը:

- **Ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարար**: Ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարար կարող է ձեր անունից փոխհատուցման որոշում պահանջել կամ բողոքարկման հայց ներկայացնել:

- **Ընկեր կամ ընտանիքի անդամ**: Դուք կարող եք նշանակել այլ անձի, ով որպես ձեր «ներկայացուցիչ» հանդես կգա ձեր անունից և փոխհատուցման որոշում կպահանջի կամ բողոք կներկայացնի:

- **Իրավաբան**: Դուք իրավաբանի ծառայություններից օգտվելու իրավունք **ունեք, սակայն պարտավոր չեք իրավաբան ունենալ՝ փոխհատուցման** վերաբերյալ որոշում պահանջելու կամ բողոք ներկայացնելու համար:

    - Զանգահարեք ձեր անձնական իրավաբանին կամ որոնեք իրավաբան ձեր տեղական իրավաբանական ասոցիացիայի կամ ուղղորդման այլ ծառայության միջոցով: Որոշ իրավաբանական խմբեր ձեզ անվճար իրավաբանական ծառայություններ կտրամադրեն, եթե դուք համապատասխանում եք չափանիշներին:

    - Medicare Medi-Cal Օմբուդսմենի ծառայությունների ծրագրից իրավաբանական օգնության փաստաբանի ծառայությունների համար զանգահարեք 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:

Լրացրեք Ներկայացուցչի նշանակման ձևը, եթե ցանկանում եք, որպեսզի իրավաբանը կամ մեկ այլ անձ հանդես գա որպես ձեր ներկայացուցիչ: Ձևը թույլտվություն է տալիս մեկ այլ անձի հանդես գալու ձեր անունից:

Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով, և պահանջեք «Ներկայացուցչի նշանակման» ձևը: Ձևաթուղթը կարող եք ստանալ նաև այցելելով www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf **Դուք պետք է մեզ տրամադրեք ստորագրված ձևի պատճենը:**

E4. Այս գլխի որ բաժինը կարող է օգնել ձեզ

Փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների համար չորս իրավիճակ գոյություն ունի: Յուրաքանչյուր իրավիճակ ունի տարբեր կանոններ և ժամկետներ: Դրանցից յուրաքանչյուրի մանրամասները ներկայացված են այս գլխի առանձին բաժնում: Տե՛ս համապատասխան բաժինը՝

- **Բաժին Զ**՝ «Խնամք»
- **Բաժին Է**՝ «Medicare Մաս D-ի դեղեր»
- **Բաժին Է**՝ «Հիվանդանոցում ավելի երկար մնալու ծախսերը փոխհատուցելու խնդրանք»
- **Բաժին Ը**՝ «Որոշ բուժծառայությունների փոխհատուցումը շարունակելու խնդրանք (Այս բաժինը վերաբերում է միայն հետևյալ ծառայություններին՝ տնային առողջապահական խնամք, որակավորված բուժքույրական հաստատության խնամք և համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայություններ):

Եթե համոզված չեք, թե որ բաժինն օգտագործել, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևի մասում նշված հեռախոսահամարներով: Կարող եք նաև օգնություն կամ տեղեկատվություն ստանալ պետական կազմակերպություններից, ինչպիսիք են ձեր Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլանը (այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 2-ի Բաժին Գ**-ում նշված են այս ծրագրի հեռախոսահամարները):

F. Խնամք

Այս բաժնում բացատրվում է, թե ինչ անել, եթե խնամքի փոխհատուցման հետ կապված խնդիրներ ունեք, կամ եթե ցանկանում եք, որ վերադարձնենք ձեր խնամքի համար ծախսված գումարի մեր մասնաբաժինը: Հիվանդանոցում ավելի երկար մնալու հայցի վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին Ը**:

Այս բաժինը վերաբերում է ձեր խնամքի համար նախատեսված նպաստներին, որոնք նկարագրված են այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 4**-ի Նպաստների աղյուսակում: Որոշ դեպքերում, տարբեր կանոններ կարող են կիրառվել Medicare Մաս B-ի դեղերի համար: Նման դեպքերում, մենք ձեզ բացատրում ենք, թե ինչպես են Medicare Մաս B-ի դեղերի համար կիրառվող կանոնները տարբերվում բուժծառայությունների և պարագաների համար կիրառվող կանոններից:

F1. Այս բաժնի օգտագործումը

Այս բաժինը բացատրում է, թե ինչ կարող եք անել հետևյալ իրավիճակներից որևէ մեկում.

1. Դուք կարծում եք, որ մենք փոխհատուցում ենք ձեզ անհրաժեշտ խնամքը, որը չեք ստանում:

   Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք խնդրել մեզ փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնել: Տե՛ս **Բաժին Զ2-ը:**

2. Մենք չենք հաստատել այն բուժօգնությունը, որը ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարար ցանկանում է ձեզ տրամադրել, սակայն դուք գտնում եք, որ մենք պետք է հաստատենք այն:

   Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Տե՛ս **Բաժին Զ3-ը**:

3. Դուք ստացել եք խնամք, որը, ձեր կարծիքով, մենք ենք փոխհատուցում, բայց որի համար մենք իրականում չենք վճարում:

   Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք բողոքարկել մեր չվճարելու որոշումը: Տե՛ս **Բաժին Զ5-ը**:

4. Դուք խնամք եք ստացել, որը ձեր կարծիքով պետք է փոխհատուցվեր, և վճարել եք դրա համար և ցանկանում եք, որ մենք վերադարձնենք ձեզ գումարը:

   Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք մեզ խնդրել վերադարձնել ձեր վճարած գումարը: Տե՛ս **Բաժին Զ5-ը**:

5. Մենք նվազեցրել կամ դադարեցրել ենք ձեր փոխհատուցումը որոշակի խնամքի համար, և դուք կարծում եք, որ մեր որոշումը կարող է վատ անդրադառնալ ձեր առողջության վրա:

   Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը՝ բժշկական օգնությունը կրճատելու կամ դադարեցնելու վերաբերյալ: Տե՛ս **Բաժին Զ4-ը:**

   - Հատուկ կանոններ են կիրառվում, եթե փոխհատուցումը նախատեսված է հիվանդանոցային խնամքի, տնային առողջության պահպանման, մասնագիտացված բուժքույրական հաստատության խնամքի կամ CORF ծառայությունների համար: Տե՛ս **Բաժին Ը**-ն կամ **Բաժին Թ**-ն ավելին իմանալու համար:
   - Որոշակի խնամքի փոխհատուցման կրճատման կամ դադարեցման հետ կապված մնացած բոլոր իրավիճակների համար օգտագործեք այս բաժինը: (**Բաժին Զ**) որպես ձեր ուղեցույց:

6. Ձեր խնամքն ուշանում է կամ չեք կարողանում բժիշկ գտնել:

   Ինչ կարող եք անել. Կարող եք բողոք ներկայացնել: Տե՛ս **Բաժին Ի2-ը:**

F2. Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշման խնդրանք

> Երբ ապահովագրության որոշումը վերաբերում է ձեր խնամքին, դա կոչվում է **ինտեգրված կազմակերպության որոշում:**

Դուք, ձեր բժիշկը կամ ձեր ներկայացուցիչը կարող եք մեզնից պահանջել փոխհատուցման որոշում՝ հետևյալ կերպ՝

- զանգահարելով 1-800-443-0815 (TTY 711) հեռախոսահամարով շաբաթը 7 օր՝ ժամը 08:00-20:00: Եթե ձեր փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումը, բողոքարկումը կամ բողոքը ենթադրում է արագ վճռի կայացում, զանգահարեք Արագացված վերանայման բաժին՝ 1-888-987-7247 հեռախոսահամարով շաբաթը 7 օր՝ ժամը 08:30-17:00:

- ֆաքս՝ 1-888-987-2252:
- գրավոր.
    - Փոխհատուցման վերաբերյալ ստանդարտ որոշման կամ բողոքի համար գրավոր դիմեք ձեր տեղական Անդամների սպասարկման գրասենյակ (գրասենյակների գտնվելու վայրերի համար տե՛ս *Մատակարարներիի և դեղատների հասցեագիրքը*):
    - Ստանդարտ բողոքարկման համար գրեք այն հասցեին, որը նշված է մերժման ծանուցման մեջ, որը մենք ձեզ ենք ուղարկում: Եթե ձեր ապահովագրական որոշումը, բողոքարկումը կամ բողոքը համապատասխանում է արագ որոշման իրավասությանը, գրեք՝

      Kaiser Permanente
      Expedited Review Unit
      P.O. Box 1809
      Pleasanton, CA 94566

Ստանդարտ ապահովագրության վերաբերյալ որոշում

Երբ մենք ձեր գործի վերաբերյալ որոշում ենք կայացնում, կիրառում ենք «ստանդարտ» ժամկետներ, եթե չենք համաձայնել կիրառել «արագ» ժամկետներ: Փոխհատուցման ստանդարտ որոշումը ենթադրում է, որ մենք ձեզ պատասխանում ենք հետևյալ ժամկետներում՝

- **5 աշխատանքային օրվա ընթացքում** մեր նախնական թույլտվության կանոններին ենթակա բժշկական ծառայության կամ պարագայի վերաբերյալ ձեր հայցը ստանալուց հետո:
- **5 աշխատանքային օրվա ընթացքում**, և ոչ ուշ, քան **14 օրացուցային օրվա ընթացքում** մնացած **բոլոր բուժծառայություններն ու պարագաների համար ձեր հայցը ստանալուց հետո**:
- **72 ժամվա ընթացքում** ձեր հայցը ստանալուց հետո **Medicare Մաս B-ի դեղամիջոցի համար ձեր հայցը ստանալուց հետո**:

Բժշկական պարագայի կամ ծառայության համար մենք կարող ենք մինչև 14 օրացուցային օր պահանջել, եթե խնդրենք ավելի շատ ժամանակ կամ եթե մեզ անհրաժեշտ է ավելի շատ տեղեկատվություն, որը կարող է օգտակար լինել ձեզ համար (օրինակ՝ ցանցից դուրս մատակարարների բժշկական գրառումներ): Եթե որոշում կայացնելու համար մեզ լրացուցիչ օրեր են պետք, մենք ձեզ գրավոր կտեղեկացնենք: **Մենք չենք կարող լրացուցիչ օրեր պահանջել, եթե ձեր հայցը վերաբերում է Medicare Մաս B-ի դեղամիջոցին:**

Եթե կարծում եք, որ մենք **չպետք է** լրացուցիչ օրեր պահանջենք, կարող եք «արագ բողոք» ներկայացնել լրացուցիչ օրեր պահանջելու մեր որոշման վերաբերյալ: Երբ դուք արագ բողոք եք ներկայացնում, մենք ձեր բողոքին պատասխանում ենք 24 ժամվա ընթացքում: Բողոքարկման գործընթացը տարբերվում է փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների գործընթացից: Բողոք ներկայացնելու, այդ թվում՝ արագ բողոքարկման վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին Ի**-ն:

փոխհատուցման արագ որոշում

> **Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշման համար** իրավական տերմինը արագացված վճիռն է:

Երբ դուք խնդրում եք մեզ կայացնել ձեր խնամքի փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում, որը պահանջում է արագ արձագանք, խնդրեք մեզ կայացնել «փոխհատուցման արագ որոշում»: փոխհատուցման արագ որոշումը նշանակում է, որ մենք ձեզ պատասխան կտանք հետևյալ ժամանակահատվածում՝

- **72 ժամվա ընթացքում բուժծառայության կամ պարագայի համար** ձեր հայցը ստանալուց հետո:
- **24 ժամվա ընթացքում Medicare Մաս B-ի դեղամիջոցի** համար ձեր հայցը ստանալուց հետո:

Բժշկական պարագայի կամ ծառայության համար մենք կարող ենք մինչև 14 օրացուցային օր պահանջել, եթե մենք խնդրենք ավելի շատ ժամանակ կամ եթե մեզ անհրաժեշտ է ավելի շատ տեղեկատվություն, որը կարող է օգտակար լինել ձեզ համար (օրինակ՝ արտացանվային մատակարարների բժշկական գրառումներ): Եթե որոշում կայացնելու համար մեզ լրացուցիչ օրեր են պետք, մենք ձեզ գրավոր կտեղեկացնենք: **Մենք չենք կարող լրացուցիչ օրեր վերցնել, եթե ձեր հայցը վերաբերում է Medicare Մաս B-ի դեղամիջոցին:**

Եթե կարծում եք, որ մենք **չպետք է** լրացուցիչ օրեր պահանջենք, կարող եք «արագ բողոք» ներկայացնել լրացուցիչ օրեր պահանջելու մեր որոշման վերաբերյալ: Բողոք ներկայացնելու, այդ թվում՝ արագ բողոքարկման վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին Ի**-ն: Մենք կզանգահարենք ձեզ որոշում կայացնելուն պես:

փոխհատուցման արագ որոշում ստանալու համար դուք պետք է բավարարեք երկու պահանջ.

- Դուք խնդրում եք փոխհատուցում բժշկական պարագաների և/կամ ծառայությունների համար, որոնք դուք **չեք ստացվել:** Դուք չեք կարող փոխհատուցման արագ որոշում խնդրել արդեն իսկ ստացված պարագաների կամ ծառայությունների վճարման համար:
- Ստանդարտ ժամկետների կիրառումը **կարող է լուրջ վնաս հասցնել ձեր առողջությանը** կամ վնասել ձեր գործելու ունակությանը:

Մենք ավտոմատ կերպով ձեզ փոխհատուցման արագ որոշում կտրամադրենք, եթե ձեր բժիշկը մեզ ասի, որ ձեր առողջությունը դա է պահանջում: Եթե դուք պահանջում եք՝ առանց ձեր բժշկի աջակցության, մենք կորոշենք՝ ձեզ հասնո՞ւմ է փոխհատուցման արագ որոշում, թե՞ ոչ:

- Եթե մենք որոշենք, որ ձեր առողջական վիճակը չի համապատասխանում փոխհատուցման արագ որոշում կայացնելու պահանջներին, մենք ձեզ այդ մասին նամակ կուղարկենք և ստանդարտ ժամկետներ կկիրառենք: Նամակը ձեզ տեղեկացնում է.
- Մենք ձեզ համար ավտոմատ կերպով փոխհատուցման արագ որոշում կկայացնենք, եթե ձեր բժիշկը մեզ այդ հարցով դիմի:

- Ինչպես կարող եք «արագ բողոք» ներկայացնել մեր որոշման դեմ՝ ձեզ հատկացնելու փոխհատուցման ստանդարտ որոշում՝ փոխհատուցման արագ որոշման փոխարեն: Ձեզ Բողոք ներկայացնելու, այդ թվում՝ արագ բողոքարկման վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին Ի**-ն:

Եթե մենք մասամբ կամ ամբողջությամբ մերժենք ձեր հայցը, ձեզ պատճառները բացատրող նամակ կուղարկենք:

- Եթե ասենք**Ոչ**, դուք իրավունք ունեք բողոքարկել: Եթե կարծում եք, որ սխալ ենք թույլ տվել, ապա բողոքարկումը պաշտոնական եղանակ է՝ խնդրելու մեզ վերանայել մեր կայացրած որոշումը և փոխել այն:
- Եթե որոշեք բողոքարկել, կանցնեք բողոքարկման գործընթացի 1-ին մակարդակ (տե՛ս **Բաժին Զ3**):

Հազվադեպ դեպքերում մենք կարող ենք բացառել փոխհատուցման որոշման վերաբերյալ ձեր հայցը, ինչը նշանակում է, որ մենք չենք վերանայի այն: Հայցը կարող է բացառվել հետևյալ դեպքերում.

- եթե հայցը թերի է,
- եթե ինչ-որ մեկը հայց է ներկայացնում ձեր անունից, բայց իրավաբանորեն լիազորված չէ դա անելու, **կամ**
- եթե խնդրում եք չեղարկել ձեր հայցը:

Եթե մենք բացառում ենք փոխհատուցման որոշման վերաբերյալ հայցը, ապա ձեզ ծանուցում կուղարկենք՝ բացատրելով, թե ինչու ենք այն բացառել, և ինչպես կարող եք բացառման հետ կապված վերանայում պահանջել: Այդ վերանայումը կոչվում է բողոքարկում: Բողոքարկումների մասին տեղեկատվությունը ներկայացված է հաջորդ բաժնում:

F3. 1-ին մակարդակի բողոքարկում

Բողոքարկում սկսելու համար՝ կապված մերժված ծառայության կամ պարագայի հետ, կամ արդեն իսկ տրամադրվող ծառայության կամ պարագայի ստացումը շարունակելու համար դուք, ձեր բժիշկը կամ ձեր լիազոր ներկայացուցիչը պետք է կապվեք մեզ հետ: Զանգահարեք անդամների սպասարկման բաժին՝ 1-800-443-0815 (TTY 711) հեռախոսահամարով:

Խնդրեք ստանդարտ բողոքարկում կամ արագ բողոքարկումգրավոր կամ զանգահարելով մեզ հեռախոսահամարով 1-800-443-0815 (TTY 711):

- Եթե ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարար է դիմում, որ դուք շարունակեք օգտվել բուժծառայությունից կամ պարագայից, որն արդեն ստանում եք բողոքարկման ընթացքում, կարող եք նշել նրա անունը որպես ներկայացուցչի՝ ձեր անունից հանդես գալու համար:
- Եթե ձեր բժշկից բացի մեկ ուրիշն է բողոքարկում ձեր փոխարեն, ներկայացրեք Ներկայացուցչի նշանակման ձևը, որով լիազորում եք տվյալ անձին հանդես գալու ձեր փոխարեն: Ձևաթուղթը կարող եք ստանալ՝ այցելելով www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf կամ մեր կայքում՝ kp.org:

- Մենք կարող ենք ընդունել բողոքարկման հայցն առանց այդ ձևի, բայց չենք կարող սկսել կամ ավարտին հասցնել վերանայումը, մինչև չստանանք այն: Եթե մենք չստանանք ձևը ձեր բողոքարկման վերաբերյալ որոշում կայացնելու համար սահմանված ժամկետից առաջ.
    - Բացառում ենք ձեր հայցը, և
    - Ձեզ գրավոր ծանուցում ենք ուղարկում՝ բացատրելով, որ դուք իրավունք ունեք IRO-ից պահանջելու վերանայել ձեր բողոքարկման հայցը մերժելու վերբերյալ մեր որոշումը:
- Դուք պետք է բողոքարկում ներկայացնեք մեր որոշման մասին ձեզ տեղեկացնելու համար ուղարկված նամակի վրա նշված ամսաթվից 65 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե չեք հասցրել ժամկետին և դրա համար ունեք հիմնավորված պատճառ, մենք կարող ենք ձեզ բողոքարկման համար ավելի շատ ժամանակ տրամադրել: Որպես հիմնավոր պատճառ կարող է լինել լուրջ հիվանդությունը, կամ եթե մենք ձեզ ժամկետի վերաբերյալ սխալ տեղեկություններ ենք տվել: Ձեր բողոքը ներկայացնելիս բացատրեք բողոքարկման ուշացման պատճառը:
- Դուք իրավունք ունեք մեզնից պահանջելու բողոքարկման վերաբերյալ տեղեկատվության անվճար օրինակը: Դուք և ձեր բժիշկը կարող եք նաև ձեր բողոքարկումը հիմնավորող մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել:

Եթե ձեր առողջությունը պահանջում է, խնդրեք արագ բողոքարկում:

> «Արագ բողոքարկման» իրավական տերմինն է՝ **«Արագացված վերանայում»:**

- Եթե դուք բողոքարկում եք մեր կողմից կայացրած որոշումը խնամքի ապահովագրության վերաբերյալ, դուք և/կամ ձեր բժիշկը կարող եք արագ բողոքարկում պահանջել:

Մենք ավտոմատ կերպով ձեզ արագ բողոքարկում կտրամադրենք, եթե ձեր բժիշկը մեզ ասի, որ ձեր առողջությունը դա է պահանջում: Առանց ձեր բժշկի աջակցության՝ հայտ ներկայացնելու դեպքում մենք կորոշենք՝ ձեզ հասնում է արագ բողոքարկում, թե՞ ոչ:

- Եթե մենք որոշենք, որ ձեր առողջական վիճակը չի համապատասխանում փոխհատուցման արագ որոշում կայացնելու պահանջներին, մենք ձեզ այդ մասին նամակ կուղարկենք և ստանդարտ ժամկետներ կկիրառենք: Նամակը ձեզ տեղեկացնում է.
- Մենք ավտոմատ կերպով ձեզ արագ բողոքարկում կտրամադրենք, եթե ձեր բժիշկը խնդրի դա:
- Ինչպես կարող եք «արագ բողոք» ներկայացնել մեր որոշման դեմ՝ ձեզ ստանդարտ բողոքարկում տրամադրելու՝ արագ բողոքարկման փոխարեն: Բողոք ներկայացնելու, այդ թվում՝ արագ բողոքարկման վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին Ի-ն**:

Եթե մենք ձեզ տեղեկացնենք, որ դադարեցնում կամ կրճատում ենք ձեր արդեն իսկ ստացվող ծառայությունները կամ պարագաները, դուք կարող եք շարունակել ստանալ այդ ծառայությունները կամ ապրանքները ձեր բողոքարկման ընթացքում:

- Եթե մենք որոշենք փոխել կամ դադարեցնել ձեր ստացած ծառայության կամ պարագայի համար փոխհատուցումը, մենք ձեզ ծանուցում կուղարկենք այդ մասին՝ նախքան որևէ գործողություն ձեռնարկելը:
- Եթե համաձայն չեք մեր որոշման հետ, կարող եք բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայց ներկայացնել:
- Մենք կշարունակենք ծառայության կամ պարագայի համար փոխհատուցումը, եթե բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցը ներկայացնեք մեր ուղարկած նամակի ամսաթվից հետո 1 օրացուցային օրվա ընթացքում կամ մինչև գործողության նախատեսվող ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը՝ կախված նրանից, թե որն է ավելի ուշ:
- Եթե պահպանեք այս ժամկետը, կստանաք ծառայությունը կամ պարագան՝ առանց փոփոխության, քանի դեռ ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցը ընթացքի մեջ է:
- Դուք նաև կստանաք բոլոր մյուս ծառայությունները կամ պարագաները (որոնք ձեր բողոքարկման առարկա չեն)՝ առանց փոփոխության:
- Եթե մինչև այս ժամկետները չներկայացնեք ձեր բողոքարկումը, ձեր ծառայության կամ պարագայի տրամադրումը չի շարունակվի, քանի դեռ սպասում եք ձեր բողոքարկման որոշմանը:

Մենք քննարկում ենք ձեր բողոքարկումը և տալիս ենք մեր պատասխանը:

- Ձեր բողոքարկումը վերանայելիս մենք ևս մեկ անգամ մանրամասն ուսումնասիրում ենք բուժօգնության փոխհատուցման ձեր պահանջի հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:
- Մենք ստուգում ենք, թե արդյոք պահպանել ենք բոլոր կանոնները, երբ ասել ենք**Ոչ** ձեր հայցին:
- Անհրաժեշտության դեպքում մենք լրացուցիչ տեղեկություններ ենք հավաքում: Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար մենք կարող ենք կապ հաստատել ձեր բժշկի կամ ձեզ հետ:

Արագ բողոքարկման համար կան վերջնաժամկետներ:

- Երբ մենք օգտագործում ենք արագ ժամկետները, մենք պետք է ձեզ տրամադրենք մեր պատասխանը**ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում կամ ավելի շուտ, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջում է ավելի արագ արձագանք:** Եթե մենք մերժենք արագ բողոքարկումը, մենք ձեզ, ձեր բժշկին, դեղատոմս դուրսգրողին կամ ներկայացուցչին կտանք մերժման բանավոր հաստատում:

- Եթե մենք ձեզ չպատասխանենք 72 ժամվա ընթացքում, ապա պետք է ձեր հայցն ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ: Այնուհետև, այն վերանայում է IRO-ն: IRO-ն գրավոր կտեղեկացնի ձեզ, երբ ստանա ձեր բողոքարկումը: Այս գլխում ավելի ուշ մենք ձեզ կներկայացնենք այդ կազմակերպությունը և կբացատրենք բողոքարկման 2-րդ մակարդակի գործընթացը: Եթե ձեր խնդիրը կապված է ծառայության կամ պարագայի հետ, որը սովորաբար փոխհատուցում է Medi-Cal-ը, դուք կարող եք ինքնուրույն ներկայացնել բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց: Այդ մասին մենք ավելի ուշ լրացուցիչ տեղեկություններ կտրամադրենք այս գլխում: Medi-Cal-ի ծառայությունների կամ պարագաների դեպքում մենք ավտոմատ կերպով բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց չենք ներկայացնում ձեզ համար:

- **Եթե մենք բավարարենք ձեր հայցն ամբողջությամբ կամ մասամբ, ապա պետք է** լիազորենք կամ տրամադրենք այն փոխհատուցումը, որը համաձայնել ենք տրամադրել՝ ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում, կամ ավելի շուտ, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջում է դա:

- **Եթե մենք մերժենք ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ**, մենք ձեր բողոքարկումն ուղարկում ենք IRO-ին՝ 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար:

Կան ստանդարտ բողոքարկման վերջնաժամկետներ:

- Երբ մենք օգտագործում ենք ստանդարտ վերջնաժամկետները, մենք պետք է ձեզ տրամադրենք մեր պատասխանը **30 օրացուցային օրվա ընթացքում** ձեր չստացված ծառայությունների ապահովագրության վերաբերյալ բողոքարկումը ստանալուց հետո:

- Եթե ձեր խնդրանքը վերաբերում է Medicare Մաս B-ի դեղամիջոցին, որը դուք չեք ստացել, մենք ձեզ կտանք մեր պատասխանը**յոթ օրացուցային օրվա ընթացքում** ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո կամ ավելի շուտ, եթե ձեր առողջությունը դա պահանջում է:

    - Եթե ձեզ չպատասխանենք մինչև ժամկետի ավարտը, ապա պետք է ձեր հայցն ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ: Այնուհետև, այն վերանայում է IRO-ն: Այս գլխում ավելի ուշ մենք ձեզ կներկայացնենք այդ կազմակերպությունը և կբացատրենք բողոքարկման 2-րդ մակարդակի գործընթացը: Եթե ձեր խնդիրը կապված է ծառայության կամ պարագայի հետ, որը սովորաբար փոխհատուցում է Medi-Cal-ը, դուք կարող եք ինքնուրույն ներկայացնել բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց: Այդ մասին մենք ավելի ուշ լրացուցիչ տեղեկություններ կտրամադրենք այս գլխում: Medi-Cal-ի ծառայությունների կամ պարագաների դեպքում մենք ավտոմատ կերպով բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց չենք ներկայացնում ձեզ համար:

Եթե մենք «Այո» ասենք ձեր ամբողջ հայցին կամ դրա մի մասին, մենք պետք է հաստատենք կամ տրամադրենք այն ապահովագրությունը, որը մենք համաձայնել ենք տրամադրել ձեր բողոքարկման հարցումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում, կամ այնքան արագ, որքան պահանջում է ձեր առողջական վիճակը և մեր որոշումը փոխելու օրվանից հետո 72 ժամվա ընթացքում, կամ ձեր բողոքարկումը ստանալու օրվանից հետո յոթ օրացուցային օրվա ընթացքում, եթե ձեր հարցումը վերաբերում է Medicare Մաս B-ի դեղամիջոցին:

Եթե ասենք **Ոչ** ձեր հայցին ամբողջությամբ կամ դրա մի մասին, **դուք ունեք լրացուցիչ բողոքարկման իրավունքներ.**

- Եթե ասենք **Ոչ** ձեր խնդրանքին ամբողջությամբ կամ դրա մի մասին, մենք ձեզ նամակ կուղարկենք:
- Եթե ձեր խնդիրը կապված է Medicare-ի ծառայության կամ պարագայի փոխհատուցման հետ, նամակում նշվում է, որ մենք ձեր գործն ուղարկել ենք IRO-ին՝ բողոքարկման 2-րդ մակարդակ:
- Եթե ձեր խնդիրը կապված է Medi-Cal-ի ծառայության կամ պարագայի փոխհատուցման հետ, նամակում նշվում է, թե ինչպես կարող եք ինքնուրույն ներկայացնել բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցը:

F4. 2-ին մակարդակի բողոքարկում

Եթե մենք մերժենք ձեր հարցման մի մասը կամ ամբողջը, մենք ձեր բողոքարկումն ուղարկում ենք IRO-ին՝ 1-րդ մակարդակի բողոքարկման համար: Այդ նամակում նշվում է՝ ծառայությունը կամ պարագան փոխհատուցվում է Medicare-ի՞, Medi-Cal-ի՞, թե՞ այդ երկու ծրագրերի կողմից:

- Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է ծառայությանը կամ պարագային, որը **Medicare**-ը սովորաբար փոխհատուցում է, մենք ավտոմատ կերպով ուղարկում ենք ձեր գործը բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ, հենց որ 1-ին մակարդակի բողոքարկումն ավարտվի:
- Եթե ձեր խնդիրը կապված է ծառայության կամ պարագայի հետ, որը սովորաբար փոխհատուցում է **Medi-Cal-ը** , դուք կարող եք ինքնուրույն ներկայացնել բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց: Նամակում նշվում է, թե ինչպես կարող եք դա անել: Մենք ավելի ուշ լրացուցիչ տեղեկություններ կտրամադրենք այդ մասին այս գլխում:
- Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է ծառայությանը կամ պարագային, որը փոխհատուցվում է և **Medicare-ի, և Medi-Cal-ի կողմից**, դուք ավտոմատ կերպով ստանում եք 2-րդ մակարդակի բողոքարկում IRO-ի հետ: Բացի 2-րդ մակարդակի ավտոմատ բողոքարկումից, դուք կարող եք նաև Նահանգային լսումների և Անկախ բժշկական վերանայման հայտ ներկայացնել: Այնուամենայնիվ, Անկախ բժշկական վերանայումը հասանելի չի լինի ձեզ համար, եթե դուք արդեն ապացույցներ եք ներկայացրել նահանգային լսումների ժամանակ:

Եթե դուք որակավորվել եք նպաստների շարունակման համար 1-ին մակարդակի բողոքարկումը ներկայացնելու պահին, բողոքարկվող ծառայության, պարագայի կամ դեղամիջոցի համար ձեր նպաստները կարող են շարունակվել նաև 2-րդ մակարդակի ընթացքում: Տե՛ս **Բաժին Զ3** -ը 1-ին մակարդակի բողոքարկումների ընթացքում ձեր նպաստները շարունակելու վերաբերյալ տեղեկատվության համար:

- Եթե ձեր խնդիրը կապված է ծառայության հետ, որը պետք է փոխհատուցի միայն Medicare-ը, ապա այդ ծառայության հետ կապված ձեր նպաստները չեն շարունակվում՝ IRO-ի կողմից բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցի վերանայման ընթացքում:

- Եթե ձեր խնդիրը կապված է ծառայության հետ, որը սովորաբար փոխհատուցում է միայն Medi-Cal-ը, ապա այդ ծառայության ձեր նպաստները կշարունակվեն, եթե դուք բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց ներկայացնեք՝ մեր փոխհատուցման որոշման նամակը ստանալուց հետո 2 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Երբ ձեր խնդիրը վերաբերում է Medicare-ի կողմից սովորաբար փոխհատուցվող ծառայությանը կամ պարագային

IRO-ն վերանայում է ձեր բողոքարկումը: Դա Medicare-ի կողմից վարձված անկախ կազմակերպություն է:

> Անկախ վերանայող կազմակերպության (IRO) պաշտոնական անվանումն է**Անկախ վերանայող մարմին,** երբեմն կոչվում է **IRE.**

- Այս կազմակերպությունը կապված չէ մեզ հետ և պետական մարմին չէ: Medicare-ն ընտրել է ընկերությունը՝ որպես IRO և Medicare-ը վերահսկում է դրա աշխատանքը:
- Ձեր բողոքարկման հետ կապված տեղեկատվությունը (ձեր «գործը») մենք ուղարկում ենք այդ կազմակերպությանը: Դուք իրավունք ունեք ունենալու ձեր գործի նյութերի անվճար օրինակը:
- Դուք իրավունք ունեք ձեր բողոքի հիմնավորման համար լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել IRO-ին:
- IRO-ի վերանայողները մանրակրկիտ ուսումնասիրում են ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:

Եթե դուք արագ բողոքարկում եք ունեցել 1-ին մակարդակում, ապա արագ բողոքարկում ունեք նաև 2-րդ մակարդակում:

- Եթե դուք մեզ մոտ արագ բողոքարկում եք ունեցել 1-ին մակարդակում, ապա ավտոմատ կերպով արագ բողոքարկում եք ստանում 2-րդ մակարդակում: IRO-ն պետք է ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը պատասխան տա **72 ժամվա ընթացքում** ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո:

Եթե դուք արագ բողոքարկում եք ունեցել 1-ին մակարդակում, ապա արագ բողոքարկում ունեք նաև 2-րդ մակարդակում:

- Եթե դուք մեզ ստանդարտ բողոքարկման հայց եք ներկայացրել 1-ին մակարդակում, ապա 2-րդ մակարդակում ավտոմատ կերպով ձեզ հասնում է ստանդարտ բողոքարկում:
- Եթե ձեր հայցը վերաբերում է բժշկական պարագայի կամ ծառայության, IRO-ն պետք է պատասխան տա ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը **30 օրացուցային օրվա ընթացքում**ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո:

- Եթե ձեր հայցը վերաբերում է բժշկական պարագայի կամ ծառայության, IRO-ն պետք է պատասխան տա ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը **2 օրացուցային օրվա ընթացքում** ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո:

Եթե IRO-ն ձեզ գրավոր պատասխան է տալիս և բացատրում պատճառները:

- **Եթե IRO-ը բավարարում է բժշկական պարագայի կամ ծառայության հայցն ամբողջությամբ կամ մասամբ**, մենք պետք է անհապաղ իրականացնենք որոշումը.
    - Հաստատել խնամքի փոխհատուցումը **72 ժամվա ընթացքում, կամ**
    - Ծառայությունը մատուցել **14 աշխատանքային օրվա ընթացքում**ստանդարտ հայցերի վերաբերյալ IRO-ի որոշումը ստանալուց հետո **կամ**
    - Ծառայությունը մատուցել**72 ժամվա ընթացքումարագացված հայցերի վերաբերյալ IRO-ի որոշումը ստանալու օրվանից** արագացված հարցումներ:
- **Եթե IRO-ն ամբողջությամբ կամ մասամբ բավարարում է Medicare-ի Մաս B-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղամիջոցի հետ կապված հայցը, ապա մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք բողոքարկման առարկա Medicare-ի Մաս B-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղորայքը՝**
    - **72 ժամվա ընթացքում ստանդարտ հայցեր-ի վերաբերյալ IRO-ի որոշումը ստանալուց հետո կամ**
    - Ծառայություն մատուցել**24 ժամվա ընթացքումարագացված հայցեր-ի վերաբերյալ IRO-ի որոշումը ստանալու օրվանից:**
- **Եթե IRO-ն մերժի ձեր բողոքարկումը մասամբ կամ ամբողջությամբ,** դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են, որ մենք չպետք է հաստատենք խնամքի փոխհատուցման համար ձեր հայցը (կամ ձեր հայցի մի մասը): Դա կոչվում է «որոշումը հաստատել» կամ «բողոքարկումը մերժել»:
- Եթե ձեր գործը համապատասխանում է սահմանված պահանջներին, դուք կարող եք ընտրել՝ հետագա ընթացք տա՞լ ձեր բողոքարկմանը, թե՞ ոչ:
- Բողոքարկման գործընթացում 2-րդ մակարդակից հետո կա երեք լրացուցիչ մակարդակ՝ ընդամենը հինգ մակարդակ:
- Եթե ձեր բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցը մերժվում է, և դուք համապատասխանում եք բողոքարկման գործընթացը շարունակելու պահանջներին, ապա պետք է որոշեք՝ անցնե՞լ 3-րդ մակարդակ և ներկայացնել 3-րդ բողոքարկումը, թե՞ ոչ: Մանրամասները, թե ինչպես կարող եք դա անել, ներկայացված են գրավոր ծանուցման մեջ, որը դուք ստանում եք ձեր բողոքարկման 2-րդ մակարդակից հետո:
- Բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայցերով զբաղվում է վարչական իրավունքի դատավորը (ALJ) կամ իրավապաշտպանը: Տե՛ս **Բաժին Զ4**-ը 3-րդ մակարդակի բողոքարկումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Երբ ձեր խնդիրը վերաբերում է Medicare-ի կողմից սովորաբար փոխհատուցվող ծառայությանը կամ պարագային

Medi-Cal ծառայությունների և ապրանքների համար 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու երկու եղանակ կա. (1) Բողոք կամ Անկախ Բժշկական Վերանայում ներկայացնել կամ (2) Պետական Լսումներ:

(1) Կալիֆոռնիայի կառավարվող խնամքի վարչություն (DMHC)

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել կամ դիմել Անկախ Բժշկական Վերանայման (IMR) DMHC-ի Աջակցության կենտրոն: Բողոք ներկայացնելով՝ DMHC-ն կվերանայի մեր որոշումը: DMHC-ը կանցկացնի ձեր բողոքի սեփական հետաքննությունը կամ կորոշի, թե արդյոք գործը համապատասխանում է IMR-ի պահանջներին: IMR-ը կարող է հասանելի լինել Medi-Cal-ի ցանկացած ապահովագրված ծառայության կամ բժշկական բնույթի պարագայի համար: IMR-ը ձեր գործի վերանայումն է փորձագետների կողմից, որոնք մեր պլանի հետ կապ չունեն կամ DMHC-ում ներգրավված չեն: Եթե IMR-ի որոշումը ի օգուտ ձեզ է, մենք պետք է ձեզ տրամադրենք ձեր պահանջած ծառայությունը կամ պարագան: Դուք ոչ մի ծախս չեք անում Անկախ բժշկական վերանայման համար:

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել կամ դիմել IMR-ի համար, եթե մեր պլանը՝

- Մերժում, փոխում կամ հետաձգում է Medi-Cal-ի ծառայությունը կամ բուժումը, քանի որ մեր պլանը որոշում է, որ դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ չէ:
- Չի փոխհատուցի Medi-Cal-ի փորձարարական կամ հետազոտական բուժումը լուրջ առողջական վիճակի համար:
- Վեճեր, թե արդյոք վիրաբուժական ծառայությունը կամ պրոցեդուրան կոսմետիկ կամ վերականգնողական բնույթ են կրում:
- Չի վճարի արդեն ստացված արտակարգ կամ անհետաձգելի Medi-Cal ծառայությունների համար:
- Չի լուծել ձեր 1-ին մակարդակի բողոքը Medi-Cal ծառայության վերաբերյալ 30 օրացուցային օրվա ընթացքում ստանդարտ բողոքարկման կամ 72 ժամվա ընթացքում կամ ավելի շուտ, եթե ձեր առողջությունը դա պահանջում է, արագ բողոքարկման համար:

Շատ դեպքերում, դուք պետք է մեզ մոտ բողոքարկում ներկայացնեք նախքան IMR պահանջելը: Տե՛ս **Բաժին G5**-ը մեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման գործընթացի վերաբերյալ տեղեկությունների համար: Եթե դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ, կարող եք IMR դիմումի/բողոքի ձևաթուղթ ներկայացնել DMHC-ին:

Նշում. Եթե ձեր մատակարարը բողոքարկում է ձեզ համար, բայց չի ստանում ձեր Ներկայացուցչի նշանակման ձևաթուղթը, դուք պետք է նորից ներկայացնեք ձեր բողոքարկումը մեզ մոտ նախքան 2-րդ մակարդակի IMR հայցը ներկայացնելը Կալիֆոռնիայի կառավարվող խնամքի վարչություն, բացառությամբ եթե ձեր բողոքարկումը կապված չէ ձեր առողջությանը սպառնացող անմիջական և

լուրջ վտանգի հետ, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով, ուժեղ ցավով, կյանքի պոտենցիալ կորստով, վերջույթների կամ մարմնի հիմնական ֆունկցիաների կորստով:

Դուք կարող եք դիմել և՛ IMR, և՛ նահանգային լսումների, բայց դուք իրավունք չունեք IMR-ի, եթե դուք արդեն ապացույցներ եք ներկայացրել նույն հարցի վերաբերյալ Նահանգային լսումների ժամանակ:

Եթե ձեր բուժումը մերժվել է, քանի որ այն եղել է փորձարարական կամ հետազոտական, դուք պարտավոր չեք մասնակցել մեր բողոքարկման գործընթացին՝ նախքան IMR-ի համար դիմելը:

Եթե ձեր խնդիրը հրատապ է կամ ձեր առողջությանը սպառնացող անմիջական և լուրջ վտանգ է պարունակում կամ, եթե դուք ուժեղ ցավ եք զգում, կարող եք այն անմիջապես ներկայացնել DMHC-ի ուշադրությանը՝ առանց նախապես մեր բողոքարկման գործընթացն անցնելու:

Դուք պետք է **դիմեք IMR-ի համար վեց ամսվա ընթացքում** ձեր բողոքարկման վերաբերյալ գրավոր որոշում ստանալուց հետո: DMHC-ն կարող է ընդունել ձեր դիմումը վեց ամիս հետո հարգելի պատճառներով, օրինակ՝ դուք ունեցել եք բժշկական խնդիր, որը խանգարել է ձեզ դիմել IMR-ի համար վեց ամսվա ընթացքում, կամ դուք մեզանից պատշաճ ծանուցում չեք ստացել IMR-ի գործընթացի մասին:

Բողոք ներկայացնելու կամ IMR խնդրելու համար՝

- Լրացրեք IMR/բողոքի ձևը, որը հասանելի է հետևյալ հասցեով՝ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx կամ զանգահարեք DMHC Աջակցության կենտրոն՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է հավաքեն 1-877-688-9891:

- Կցեք մեր կողմից մերժված ծառայության կամ պարագայի մասին ձեզ մոտ առկա նամակների կամ այլ փաստաթղթերի պատճենները: Սա կարող է արագացնել IMR գործընթացը: Ուղարկեք փաստաթղթերի պատճենները, այլ ոչ թե բնօրինակները: Աջակցության կենտրոնը չի կարող վերադարձնել որևէ փաստաթուղթ:

- Լրացրեք Լիազորված օգնականի ձևը, եթե ինչ-որ մեկն օգնում է ձեզ ձեր IMR-ի հարցում: Կարող եք ստանալ ձևաթուղթը հետևյալ հասցեով՝ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx կամ Վարչության Աջակցության կենտրոն 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է հավաքեն 1-877-688-9891:

- Ներկայացրեք IMR/բողոքի ձևը և բոլոր կից փաստաթղթերը DMHC-ին առցանց հետևյալ հասցեով՝ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint

- Ուղարկել փոստով կամ ֆաքսով.

  Help Center
  California Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814
  Ֆաքս՝ 1-916-255-5241

Յոթ օրվա ընթացքում DMHC-ն կքննարկի ձեր դիմումը և կուղարկի ձեզ ստացման հաստատման նամակ: Եթե DMHC-ն որոշի, որ գործը համապատասխանում է IMR-ի, ապա IMR որոշումը կկայացվի բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերը ստանալուց հետո 45 օրվա ընթացքում:

Եթե ձեր գործը անհետաձգելի է, և դուք համապատասխանում եք IMR-ի պահանջներին, IMR որոշումը սովորաբար կկայացվի բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերը ստանալուց հետո յոթ օրվա ընթացքում:

Եթե գոհ չեք IMR-ի արդյունքից, կարող եք նահանգային լսումների հայտ ներկայացնել:

IMR-ը կարող է ավելի երկար տևել, եթե DMHC-ն չստանա ձեզանից կամ ձեր բուժող բժշկից անհրաժեշտ բոլոր բժշկական արձանագրությունները: Կարևոր է, որ դուք ստանաք և ուղարկեք մեզ ձեր բժշկական արձանագրությունները ձեր բժշկից, եթե դուք օգտվում եք ձեր առողջապահական պլանի ցանցում չգրանցված բժշկի ծառայություններից: Ձեր առողջապահական պլանի շրջանակներում ձեր բժշկական արձանագրությունների պատճենների տրամադրումը ցանցում գրանցված բժիշկների կողմից պարտադիր է:

Եթե DMHC-ն որոշի, որ ձեր գործը չի համապատասխանում IMR-ին, DMHC-ն կվերանայի ձեր գործը սպառողների բողոքների իր կանոնավոր գործընթացի միջոցով: Ձեր բողոքը պետք է լուծվի լրացված դիմումը ներկայացնելուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե ձեր բողոքը հրատապ է, այն ավելի շուտ կլուծվի:

(2) Պետական լսումներ

Դուք կարող եք պետական լսում խնդրել Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված ծառայությունների և պարագաների համար: Եթե ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարար որևէ ծառայություն կամ պարագայի տրամադրման վերաբերյալ հայց է ներկայացնում, որը մենք չենք հաստատում, կամ մենք չենք շարունակում վճարել ծառայության կամ պարագայի համար, որն արդեն ստացել եք, և մերժել ենք բողոքարկման 1-ին մակարդակի ձեր հայցը, դուք իրավունք ունեք պահանջելու նահանգային լսում:

Շատ դեպքերում **դուք ունեք 120 օր՝ նահանգային լսում պահանջելու համար** «Բողոքարկման որոշման նամակի» ծանուցումը ձեզ փոստով ուղարկելուց հետո:

ՆՇՈՒՄ. Եթե դուք պետական լսում եք խնդրում, քանի որ մենք ձեզ տեղեկացրել ենք, որ ձեր ներկայիս ստացած ծառայությունը կվոխվի կամ կդադարեցվի, **դուք ավելի քիչ օրեր ունեք հայց ներկայացնելու համար,** եթե ցանկանում եք շարունակել ստանալ այդ ծառայությունը, մինչ ձեր պետական լսումը սպասման փուլում է: Տե՛ս **Բաժին Զ4**-ը լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար այն մասին, թե արդյոք նպաստները շարունակվում են 2-րդ մակարդակի բողոքարկումների ընթացքում:

Դուք կարող եք Նահանգային լսում խնդրել հետևյալ կերպ.

- Առցանց՝ www.cdss.ca.gov կայքում:
- Հեռախոսով՝ զանգահարեք 1-800-743-8525: Այս համարը կարող է շատ ծանրաբեռնված լինել: Հնարավոր է, որ ավելի ուշ զանգահարելու մասին հաղորդագրություն ստանաք: Եթե լավ չեք խոսում կամ լսում, խնդրում ենք զանգահարել TTY/TDD 11-800-952-8349.

- Գրավոր՝ լրացրեք Նահանգային լսման ձևը կամ նամակ ուղարկեք: Ուղարկեք այն փոստով կամ ֆաքսով այստեղ՝
- Փոստով՝ California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- Ֆաքսով՝ (916) 309-3487 կամ անվճար՝ 1-833-281-0903 հեռախոսահամարով
- Դուք կարող եք լրացնել «Նահանգային լսումների հայցը»՝ Գործողության մասին ծանուցման հակառակ էջում: Անպայման ներառեք Ձեր անունը, հասցեն, հեռախոսի համարը, Սոցիալական ապահովության համարը և/կամ CIN համարը և Նահանգային լսում խնդրելու պատճառը: Եթե որևէ մեկն օգնում է ձեզ Նահանգային լսում խնդրելու հարցում, ձևաթղթին կամ նամակին ավելացրեք նրա անունը, հասցեն և հեռախոսահամարը: Եթե բանավոր թարգմանչի կարիք ունեք, տեղեկացրեք Նահանգային լսման բաժնին, թե ինչ լեզվով եք խոսում: Թարգմանչի ծառայությունների համար դուք չեք վճարում: Նահանգային լսումների բաժանմունքը կտրամադրի թարգմանիչ: Եթե դուք ունեք հաշմանդամություն, Նահանգային լսումների բաժանմունքը կարող է ձեզ անվճար հատուկ հարմարություններ տրամադրել, որոնք կօգնեն ձեզ մասնակցել լսմանը: Խնդրում ենք ներառել տեղեկություններ ձեր հաշմանդամության մասին և ձեզ անհրաժեշտ հարմարությունների մասին:

Դուք ստիպված չեք վճարել Նահանգային լսման և IMR-ի համար:

Դուք իրավասու եք թե՛ Նահանգային լսման, թե՛ IMR-ի համար: Սակայն, եթե դուք սկզբից նահանգային լսում եք պահանջում, և լսումն արդեն տեղի է ունեցել, դուք չեք կարող անկախ բժշկական վերանայում պահանջել: Այս դեպքում, Նահանգային լսման որոշումը վերջնական է: Medi-Cal Rx-ի դեղերի նպաստների որոշումները ենթակա չեն անկախ բժշկական վերանայման գործընթացին:

Ստորև բաժինները Ձեզ լրացուցիչ տեղեկություններ են տրամադրում, թե ինչպես Նահանգային լսում կամ IMR խնդրել:

Medi-Cal Rx-ի դեղերի նպաստների հետ կապված բողոքներն ու բողոքարկումները չեն լուծվում Kaiser Permanente-ի կողմից: Medi-Cal Rx-ի դեղերի նպաստների հետ կապված բողոքներն ու բողոքարկումները կարող եք ներկայացնել՝ զանգահարելով 1-800-977-2273 (TTY՝ 1-800-977-2273 և հավաքեք 5 կամ 711): Այնուամենայնիվ, Medi-Cal Rx-ին չառնչվող դեղատան նպաստներին վերաբերող բողոքները և բողոքարկումները կարող են ենթակա լինել Անկախ բժշկական վերանայմանը: Եթե համաձայն չեք Ձեր Medi-Cal Rx-ի դեղատան նպաստի հետ կապված որոշմանը, Դուք կարող եք Նահանգային լսում խնդրել:

Նշում. Community Supports ծրագրով ստացված պարագաների և ծառայությունների համար նախատեսված չէ անկախ բժշկական վերանայում:

Պետական լսումների բաժինը ձեզ է ներկայացնում իր որոշումը գրավոր և բացատրում է պատճառները:

- Եթե Պետական լսումների բաժինն ասում է**Այո** բժշկական պարագայի կամ ծառայության հայցի մի մասի կամ ամբողջի համար մենք պետք է թույլատրենք կամ տրամադրենք ծառայությունը կամ պարագան **72 ժամվա ընթացքում** նրանց որոշումը ստանալուց հետո:
- **Եթե IRO-ն մերժի ձեր բողոքարկումը մասամբ կամ ամբողջությամբ,** դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են, որ մենք չպետք է հաստատենք բուժօգնության փոխհատուցման ձեր հայցը (կամ ձեր հայցի մի մասը): Դա կոչվում է «որոշումը հաստատել» կամ «բողոքարկումը մերժել»:

Եթե IRO-ի կամ նահանգային լսումների որոշումը **մերժում է**ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ, դուք ունեք լրացուցիչ բողոքարկման իրավունքներ:

Եթե ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը հասել է **IRO**, դուք կարող եք կրկին բողոքարկել միայն այն դեպքում, եթե ձեր ցանկալի ծառայության կամ պարագայի դոլարային արժեքը համապատասխանում է որոշակի նվազագույն չափի: 3-րդ մակարդակի բողոքարկումը վարում է ALJ-ը կամ փաստաբան դատավորը: **IRO-ից ստացված նամակը բացատրում է բողոքարկման լրացուցիչ իրավունքները, որոնք դուք կարող եք ունենալ:**

Նահանգային լսումների բաժնից ստացված նամակը նկարագրում է բողոքարկման հաջորդ տարբերակը:

Տե՛ս **Բաժին Ժ**-ն 2-րդ մակարդակից հետո ձեր բողոքարկման իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

F5. Վճարման հետ կապված խնդիրներ

Մենք թույլ չենք տա, որ մեր մատակարարները փոխհատուցվող ծառայությունների համար ձեզանից գումար գանձեն: Այս կանոնը գործում է նաև այն դեպքում, երբ բուժծառայություն մատուցողին մենք ավելի քիչ ենք վճարում, քան սովորաբար նա պահանջում է իր ծառայության դիմաց: Ձեզնից երբեք չի պահանջվում վճարել որևէ հաշիվ: Միակ գումարը, որը ձեզանից պետք է պահանջվի վճարել, ծախսերի բաշխումն է, որը ներկայացված է **Գլուխ 4** -ի Նպաստների աղյուսակում (եթե դուք կորցնեք Medi-Cal-ի լիարժեք ապահովագրությունը) կամ **Գլուխ 6**-ում (ձեր դեղերի համար):

Եթե դուք հաշիվ եք ստանում, որը գերազանցում է փոխհատուցվող ծառայությունների և պարագաների համար նախատեսված համավճարը, ուղարկեք մեզ հաշիվը: Մի՛ վճարեք հաշիվը ինքներդ: Մենք կապ կհաստատենք անմիջապես մատակարարի հետ և կլուծենք խնդիրը: Եթե վճարել եք հաշիվը, ապա կարող եք փոխհատուցում ստանալ մեր պլանից, եթե հետևել եք ծառայություններ կամ պարագաներ ստանալու կանոններին:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 7**-ը: Այնտեղ ներկայացված են իրադրություններ, թե երբ կարող եք մեզնից պահանջել, որպեսզի ձեզ վերադարձնենք ձեր վճարած գումարը կամ վճարենք մատակարարից ստացված հաշիվը: Այնտեղ նաև նշված է, թե ինչպես մեզ կարող եք ուղարկել այն փաստաթղթերը, որոնցով մեզնից վճարում եք պահանջում:

Եթե պահանջում եք ձեզ հետ վճարել, ուրեմն դիմում եք փոխհատուցման որոշման համար: Մենք կստուգենք՝ արդյո՞ք այն ծառայությունը կամ պարագան, որի համար վճարել եք, փոխհատուցվում է, և արդյո՞ք հետևել եք փոխհատուցում ստանալու բոլոր կանոններին:

- Եթե ծառայությունը կամ պարագան, որի համար վճարել եք, փոխհատուցվում է, և դուք հետևել եք բոլոր կանոններին, մենք ձեզ կուղարկենք ծառայության կամ պարագայի արժեքի մեր մասնաբաժինը՝ ձեր հայցը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

- Եթե դեռ չեք վճարել ծառայության կամ պարագայի համար, մենք վճարումը կուղարկենք անմիջապես բուժծառայություններ մատուցողին: Երբ մենք վճարումն ուղարկում ենք, դա նույնն է, ինչ ասել **Այո** ձեր փոխհատուցման որոշման հայցին:

- Եթե ծառայությունը կամ պարագան չի փոխհատուցվում, կամ դուք չեք հետևել բոլոր կանոններին, մենք ձեզ նամակ կուղարկենք՝ տեղեկացնելով, որ չենք վճարի ծառայության կամ պարագայի համար, և կբացատրենք, թե ինչու:

Եթե դուք համաձայն չեք մեր չվճարելու որոշման հետ, **կարող եք բողոքարկել:** Հետևեք բողոքարկման գործընթացին, որը նկարագրված է **Բաժին Զ3**-ն: Նշված հրահանգներին հետևելիս նկատի ունեցեք՝

- Եթե դուք բողոքարկում եք, որպեսզի փոխհատուցենք ձեզ, մենք պետք է ձեզ պատասխանենք՝ ձեր հայցը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե մենք **մերժում ենք** ձեր հայցը, և եթե **Medicare** -ը սովորաբար ապահովագրում է տվյալ ծառայությունը կամ պարագան, մենք ձեր գործը կփոխանցենք IRO-ին: Եթե նման բան տեղի ունենա, մենք ձեզ նամակով կծանուցենք:

- Եթե IRO-ն չեղարկի մեր որոշումը և վճռի, որ պետք է վճարենք ձեզ, մենք պարտավոր ենք վճարումն ուղարկել ձեզ կամ բուժծառայություն մատուցողին 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե բողոքարկման 2-րդ մակարդակից հետո բողոքարկման գործընթացի ցանկացած փուլում **հաստատվի** ձեր հայցը, ապա պարտավոր ենք վճարումն ուղարկել ձեզ կամ բուժծառայություններ մատուցողին 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:

- Եթե IRO-ն **Մերժում է** ձեր բողոքարկումը, նշանակում է՝ համաձայն է, որ մենք չպետք է հաստատենք ձեր հայցը: Դա կոչվում է «որոշումը ուժի մեջ թողնել» կամ «բողոքարկումը մերժել»: Դուք կստանաք նամակ, որում կբացատրվեն ձեր հնարավոր լրացուցիչ բողոքարկման իրավունքները: Տե՛ս **Բաժին Ժ**-ն բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակների մասին տեղեկություններ ստանալու համար:

Եթե մենք **մերժում ենք** ձեր բողոքարկումը, և եթե Medi-Cal-ը սովորաբար փոխհատուցում է տվյալ ծառայությունը կամ պարագան, կարող եք ինքներդ 2-րդ մակարդակի բողոք ներկայացնել: Տե՛ս **Բաժին Զ4**-ը լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

G. Medicare Մաս D-ի դեղեր

Որպես մեր ծրագրի անդամի ձեր նպաստները ներառում են բազմաթիվ դեղերի ապահովագրություն: Դրանց մեծ մասը Medicare-ի Մաս D-ի դեղերն են: Կան որոշ դեղեր, որոնք Medicare-ի Մաս D-ով չեն փոխհատուցվում, սակայն կարող են փոխհատուցվել Medi-Cal-ի կողմից: **Այս բաժինը վերաբերում է միայն Medicare Մաս D-ի դեղերի վերաբերյալ բողոքարկումներին:** Այս բաժնի մնացած հատվածում մենք կկիրառենք «դեղ»՝ ամեն անգամ «Medicare Մաս D-ի դեղ» ասելու փոխարեն:

Ձեր դեղը պետք է օգտագործվի բժշկական տեսանկյունից ընդունելի ցուցումով: Դա նշանակում է, որ դեղի կիրառությունը կա՛մ հաստատված է Սննդի և դեղերի վերահսկման վարչության (FDA) կողմից, կա՛մ հիմնավորված է որոշակի բժշկական տեղեկանքներով: Տե՛ս սույն *Անդամի Ձեռնարկի* **Գլուխ 5-ը** բժշկական տեսանկյունից ընդունելի ցուցումով դեղերի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

G1. Medicare Մաս D-ի փոխհատուցման որոշումներ և բողոքարկումներ

Ահա ձեր Medicare Մաս D-ի դեղերի վերաբերյալ ապահովագրական ծածկույթի մասին որոշումների օրինակներ, որոնք դուք խնդրում եք մեզ կայացնել.

- Դուք դիմում եք մեզ բացառություն անելու համար, այդ թվում՝ պահանջում եք.
  - Փոխհատուցել Medicare Մաս D-ի որևէ դեղ, որ մեր պլանի *Դեղացանկում չէ* կամ
  - Չեղարկել մեր փոխհատուցման սահմանափակումը որևէ դեղի համար (օրինակ՝ դեղի քանակի սահմանափակումը):
- Դուք դիմում եք մեզ՝ դեղը ձեզ համար փոխհատուցելու հարցով (օրինակ, երբ ձեր դեղը ներառված է մեր պլանի *Դեղացանկում*, սակայն մենք պետք է հաստատենք այն ձեզ համար՝ նախքան փոխհատուցելը):

ՆՇՈՒՄ. Եթե ձեր դեղատունը հայտնում է, որ տվյալ դեղը չի կարող դուրս գրվել դեղատոմսի համաձայն, այն ձեզ նաև գրավոր ծանուցում է տրամադրում՝ բացատրելով, թե ինչպես կապ հաստատել մեզ հետ՝ փոխհատուցման որոշում պահանջելու համար:

> Ձեր Medicare Մաս D-ի դեղերի վերաբերյալ ապահովագրական ծածկույթի մասին նախնական որոշումը կոչվում է **“փոխհատուցման վճիռ:”**

- Դուք պահանջում եք մեզնից վճարել ձեր արդեն գնած դեղի համար: Դա կոչվում է պահանջել փոխհատուցման որոշում վճարման վերաբերյալ:

Եթե համաձայն չեք մեր կողմից կայացրած փոխհատուցման որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Այս բաժնում ներկայացված են թե՛ փոխհատուցման որոշումներ պահանջելու, և թե՛ բողոքարկում ներկայացնելու ձևերը: Օգնության համար օգտվեք ստորև բերված աղյուսակից:

Հետևյալից ո՞ր իրավիճակն է ձեր նկատմամբ կիրառելի:

Ձեզ անհրաժեշտ է որևէ դեղ, որը ներառված չէ մեր Դեղացանկում կամ ցանկանում եք, որպեսզի մենք չեղարկենք մեր կողմից փոխհատուցվող դեղի հետ կապված որևէ կանոն կամ սահմանափակում:	Դուք ցանկանում եք, որպեսզի մենք փոխհատուցենք մեր Դեղացանկում ներառված որևէ դեղի համար, և կարծում եք, որ հետևել եք ձեզ անհրաժեշտ դեղի համար պլանի կողմից սահմանված կանոններին ու սահմանափակումներին (օրինակ՝ դիմում եք նախօրոք հաստատման համար):	Դուք խնդրում եք փոխհատուցել արդեն ստացված և վճարված դեղամիջոցի գումարը:	Մենք ձեզ ասել ենք, որ մենք չենք փոխհատուցի կամ վճարի դեղի համար այնպես, ինչպես դուք կցանկանաք:
Դուք կարող եք մեզ խնդրել բացառություն անել: (Սա վերաբերում է փոխհատուցման որոշմանը:) Սկսեք **G2. Բաժնից,,** ապա ուսումնասիրեք **Է3 և Է4 բաժինները**:	**Կարող եք մեզ խնդրել կայացնել փոխհատուցման որոշում:** Տե՛ս **Բաժին Է4**:	**Դուք կարող եք մեզնից պահանջել վերադարձնել ձեր վճարած գումարը:** (Սա վերաբերում է փոխհատուցման որոշմանը:) Տե՛ս **Բաժին Է4**:	**Կարող եք բողոքարկել:** (Դա նշանակում է, որ դուք պահանջում եք վերանայել որոշումը:) Տե՛ս **Բաժին Է5**:

G2. Medicare Մաս D-ի բացառություններ

Եթե չենք ծածկում դեղն այնպես, ինչպես դուք կցանկանայիք, կարող եք խնդրել «բացառություն»: Եթե մենք մերժենք ձեր բացառման հայցը, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:

Երբ բացառություն եք խնդրում, ձեր բժիշկը կամ դեղատոմս դուրսգրողը պետք է բացատրի՝ ինչու բացառության կարիք ունեք:

Մեր *Դեղացանկում* չներառված դեղի փոխհատուցում կամ դեղի հետ կապված սահմանափակման վերացում խնդրելը երբեմն կոչվում է **«դեղացանկային բացառության» խնդրանք:**

Ոչ նախընտրելի փոխհատուցվող դեղի համար ավելի ցածր գին խնդրելը երբեմն կոչվում է **մակարդակային բացառություն**:

Այստեղ ներկայացված են, թե ինչպիսի բացառությունների համար մեզ կարող են դիմել ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակողը:

1. Մեր *Դեղացանկում* չներառված դեղի փոխհատուցում

- Եթե մենք համաձայնում ենք բացառություն անել և փոխհատուցել մեր *Դեղացանկում* չներառված դեղի համար, դուք պետք է համավճար վճարեք, որը կիրառվում է մեր բոլոր դեղերի համար:
- Դուք չեք կարող բացառություն պահանջել դեղի համար պահանջվող համավճարի գումարի չափով:

2. Փոխհատուցվող դեղի հետ կապված սահմանափակման վերացում

- Մեր *Դեղացանկում* ներառված որոշ դեղերի համար կան լրացուցիչ կանոններ և սահմափակումներ (լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխ 5**-ը):
- Որոշ դեղերի համար կիրառվող լրացուցիչ կանոնները կամ սահմանափակումները կարող են վերաբերել՝
    - Օրիգինալ դեղի փոխարեն դրա գեներիկ տարբերակի օգտագործման պահանջին:
    - Նախքան դեղի համար փոխհատուցում ստանալը՝ մեր հաստատումը ստանալուն: Սա երբեմն կոչվում է «Նախնական թույլտվություն» (PA):
    - Քանակային սահմանափակումներ: Որոշ դեղերի քանակի համար մենք սահմանափակումներ ենք դնում:
- Եթե մենք համաձայնենք բացառություն անել և չեղարկել սահմանափակումը, դուք կարող եք բացառություն խնդրել այն համավճարի գումարի համար, որը ձեզնից պահանջվում է վճարել:

3. Դեղի փոխհատուցման փոփոխություն՝ ծախսերի բաշխման ավելի ցածր մակարդակի: Մեր *Դեղացանկի* յուրաքանչյուր դեղամիջոց գտնվում է ծախսերի բաշխման երկու մակարդակներից մեկում: Ընդհանուր առմամբ, որքան ցածր է ծախսերի բաշխման մակարդակի համարը, այնքան քիչ է ձեր պահանջվող համավճարի գումարը:

- Մեր *Դեղացանկը* հաճախ ներառում է որոշակի հիվանդություն բուժելու համար նախատեսված մեկից ավելի դեղ: Դրանք կոչվում են «այլընտրանքային» դեղեր:

- Եթե ձեր առողջական վիճակի համար այլընտրանքային դեղամիջոցը գտնվում է ավելի ցածր ծախսերի բաշխման մակարդակում, քան ձեր ընդունած դեղամիջոցը, կարող եք խնդրել մեզ ծածկել այն այլընտրանքային դեղամիջոցի ծախսերի բաշխման չափով: Սա կնվազեցնի դեղամիջոցի համար ձեր համավճարի չափը:
    - Եթե ձեր ընդունած դեղը կենսաբանական արտադրանք է, կարող եք խնդրել մեզ այն ծածկել ձեր վիճակի համար կենսաբանական արտադրանքի այլընտրանքների ամենացածր մակարդակի ծախսերի համաֆինանսավորման չափով:
    - Եթե ձեր ընդունած դեղը ապրանքանիշային դեղամիջոց է, կարող եք խնդրել մեզ այն ծածկել ձեր վիճակի համար ապրանքանիշային այլընտրանքների ամենացածր մակարդակի ծախսերի բաշխման չափով:
    - Եթե ձեր ընդունած դեղը գեներիկ է, կարող եք խնդրել մեզ այն փոխհատուցել ամենացածր մակարդակի ծախսերի բաշխման չափով՝ ձեր վիճակի համար՝ կա՛մ ապրանքանիշի, կա՛մ ջեներիկ այլընտրանքների համար:
- Դուք չեք կարող մեզ խնդրել փոխել 5-րդ մակարդակի որևէ դեղամիջոցի ծախսերի բաշխման մակարդակը (մասնագիտացված մակարդակի դեղամիջոցներ):
- Եթե մենք հաստատենք ձեր մակարդակային բացառության հայցը, և կա մեկից ավելի ցածր ծախսերի բաշխման մակարդակ՝ այլընտրանքային դեղերով, որոնք դուք չեք կարող ընդունել, ապա դուք սովորաբար վճարում եք ամենացածր գումարը:

G3. Կարևոր բաներ, որոնք պետք է իմանալ բացառություն խնդրելու մասին

Ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս գրող պետք է մեզ տեղեկացնի բժշկական պատճառների մասին:

Ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակողը մեզ պետք է դիմում ներկայացնեն, որտեղ կհիմնավորեն, թե ինչու է անհրաժեշտ ձեզ բացառություն անել: Ավելի արագ որոշում կայացնելու համար ներառեք ձեր բժշկի կամ դեղ նշանակողի հիմնավորումը, երբ դիմում եք բացառության համար:

Մեր *Դեղացանկը* հաճախ ներառում է որոշակի հիվանդություն բուժելու համար նախատեսված մեկից ավելի դեղ: Դրանք կոչվում են «այլընտրանքային» դեղեր: Եթե այլընտրանքային դեղամիջոցը նույնքան արդյունավետ է, որքան ձեր խնդրած դեղամիջոցը և չի առաջացնի ավելի շատ կողմնակի ազդեցություններ կամ այլ առողջական խնդիրներ, մենք, որպես կանոն, **չենք**հաստատում ձեր բացառության հայցը: Եթե դուք մեզ խնդրեք մակարդակային բացառություն, մենք, որպես կանոն, **չենք**հաստատու ձեր բացառության հայցը, եթե ցածր ծախսերի բաշխման մակարդակ(ներ)ի բոլոր այլընտրանքային դեղերը ձեզ համար այդքան լավ չեն աշխատի կամ հավանական է, որ անբարենպաստ ռեակցիա կամ այլ վնաս առաջացնեն:

Մենք կարող ենք ձեր հայցին պատասխանել Այո կամ Ոչ:

- Եթե ասենք**Այո** ձեր բացառության հայցի համաձայն, բացառությունը սովորաբար տևում է մինչև օրացուցային տարվա ավարտը: Դա տևում է այնքան ժամանակ, քանի դեռ ձեր բժիշկը շարունակում է ձեզ նշանակել այդ դեղը, և այն շարունակում է համարվել անվտանգ և արդյունավետ՝ ձեր առողջական խնդրի բուժման համար:

- Եթե ասենք **Ոչ** ձեր բացառության հայցի դեմ կարող եք բողոքարկել այն: Տե՛ս **Բաժին Է5**-ը բողոքարկում ներկայացնելու վերաբերյալ տեղեկատվության համար, եթե մենք ասենք **Ոչ:**

Հաջորդ բաժինը ներկայացնում է, թե ինչպես դիմել փոխհատուցման որոշման համար՝ ներառյալ բացառությունը:

G4. Ապահովագրության որոշման խնդրանք՝ ներառյալ բացառությունը

- Ձեր նախընտրած տիպի փոխհատուցման որոշում խնդրելու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 (TTY 711) հեռախոսահամարով, գրեք կամ ֆաքս ուղարկեք մեզ: Դա կարող եք անել դուք, ձեր ներկայացուցիչը կամ բժիշկը (կամ դեղ նշանակողը): Գրեք ձեր անունը, կոնտակտային տվյալները և հայցին վերաբերող տեղեկություններ:

- Դուք կամ ձեր բժիշկը (կամ դեղ նշանակողը) կամ ձեր անունից գործող որևէ մեկը կարող է փոխհատուցման որոշման համար դիմել: Ձեր անունից կարող է հանդես գալ նաև իրավաբանը:

- Տե՛ս **Բաժին Ե3**-ը պարզելու համար, թե ինչպես նշանակել մեկին որպես ձեր ներկայացուցիչ:

- Անհրաժեշտ չէ ձեր կողմից գրավոր թույլտվություն ստանան ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակողը, որպեսզի ձեր անունից փոխհատուցման որոշման համար դիմեն:

- Մեզանից փոխհատուցում պահանջելու համար տե՛ս այս *Անդամի ձեռնարկի* **Գլուխը 7**-ը:

- Եթե բացառություն եք խնդրում, տրամադրեք մեզ «հիմնավորող դիմում»: Հիմնավորող դիմումը ներառում է ձեր բժշկի կամ դեղատոմս դուրսգրող այլ բժշկի բժշկական պատճառները բացառության խնդրանքի համար:

- Ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակողը հիմնավորող դիմումը կարող են մեզ ուղարկել ֆաքսով կամ փոստով: Նրանք նաև կարող են մեզ հեռախոսով այդ մասին հայտնել, այնուհետև դիմումն ուղարկել ֆաքսով կամ փոստով:

Եթե ձեր առողջությունը պահանջում է դա, դիմեք մեզ «փոխհատուցման արագ որոշում» ստանալու համար:

Մենք սովորաբար մեր որոշման կայացման համար «ստանդարտ ժամկետներ» ենք կիրառում, եթե չի պահանջվում «արագ որոշում կայացնելու ժամկետ» կիրառել:

- Ա**փոխհատուցման ստանդարտ որոշում** նշանակում է, որ մենք ձեզ պատասխան կտանք ձեր բժշկի դիմումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում.

- Ա**փոխհատուցման արագ որոշում** նշանակում է, որ մենք ձեզ պատասխան կտանք ձեր բժշկի դիմումը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում:

> «Փոխհատուցման արագ որոշումը» կոչվում է **«փոխհատուցման արագացված վճիռ»:**

Ձեզ համար կարող է արագ փոխհատուցման որոշում կայացվել, եթե՝

- Խնդիրը կապված է դեղի հետ, որը չեք ստացել: Ձեզ համար չի կարող փոխհատուցման արագ որոշում կայացվել, եթե մեզնից պահանջում եք ձեզ վերադարձնել դեղի գումարը, որն արդեն գնել եք:
- Ձեր առողջությանը և կենսագործունեությանը լուրջ վնաս կհասցվի, եթե մենք որոշման կայացման համար ստանդարտ ժամկետներ կիրառենք:

Եթե ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս դուրսգրող մեզ ասում է, որ ձեր առողջական վիճակը պահանջում է փոխհատուցման արագ որոշում, մենք կվերանայենք ձեր հայցը փոխհատուցման արագ որոշման ժամանակացույցի համաձայն: Մենք ձեզ նամակ կուղարկենք այդ տեղեկատվությամբ:

- Եթե դուք փոխհատուցման արագ որոշում եք պահանջում՝ առանց ձեր բժշկի կամ դեղատոմս դուրսգրողի հիմնավորող դիմումի, մենք կորոշենք՝ ձեզ հասնու՞մ է դա, թե՞ ոչ:
- Եթե մենք որոշենք, որ ձեր առողջական վիճակը չի համապատասխանում փոխհատուցման արագ որոշում կայացնելու պահանջներին, մենք դրա համար ստանդարտ ժամկետներ կկիրառենք:
    - Մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում, որում ասվում է, որ կօգտագործենք ստանդարտ վերջնաժամկետը: Նամակում նաև նշված է, թե ինչպես բողոքարկել մեր որոշումը:
    - Դուք կարող եք արագ բողոք ներկայացնել և պատասխանը ստանալ 24 ժամվա ընթացքում: Բողոքներ ներկայացնելու, այդ թվում՝ արագ բողոքներ ներկայացնելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին Ի**-ն:

Փոխհատուցման արագ որոշման *վերջնաժամկետնե*

Ձեզ չտրամադրված դեղամիջոցի վերաբերյալ փոխհատուցման ստանդարտ որոշման վերջնաժամկետները

- Ստանդարտ որոշման կայացման ժամկետ կիրառելու դեպքում մենք ձեզ պատասխան ենք տալու ձեր հայցը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում: Եթե դուք բացառության համար եք դիմում, մենք ձեզ պատասխան կտանք ձեր բժշկի հիմնավորող դիմումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում: Կապված ձեր առողջական վիճակի հետ՝ մենք կարող ենք ավելի շուտ ձեզ պատասխանել:
- Եթե մենք չենք պահպանում այս ժամկետը, ապա ձեր հայցն ուղարկում ենք բողոքարկման 2-րդ մակարդակ, որպեսզի քննվի IRO-ի կողմից:
- Եթե ասենքԱյո ձեր հարցմանը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ կտրամադրենք փոխհատուցումը ձեր հարցումը կամ ձեր բժշկի հիմնավորող դիմումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- Եթե մենք մերժենք ձեր հարցումը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ պատճառները բացատրող նամակ կուղարկենք: Նամակում նաև ներկայացված է՝ ինչպես կարող եք բողոքարկել:

Ձեր արդեն գնած դեղամիջոցի վերաբերյալ փոխհատուցման ստանդարտ որոշման վերջնաժամկետները

- Մենք ձեզ պատասխան ենք տալու ձեր հայցը ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե մենք չենք պահպանում այս ժամկետը, ապա ձեր հայցն ուղարկում ենք բողոքարկման 2-րդ մակարդակ, որպեսզի քննվի IRO-ի կողմից:
- Եթե ասենք Այո ձեր հարցմանը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ կվերադարձնենք գումարը 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե մենք մերժենք ձեր հարցումը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ պատճառները բացատրող նամակ կուղարկենք: Նամակում նաև ներկայացված է՝ ինչպես կարող եք բողոքարկել:

G5. **1**-ին մակարդակի բողոքարկում

> Մեր ծրագրին ուղղված Medicare Մաս D-ի դեղերի փոխհատուցման որոշման վերաբերյալ բողոքարկումը կոչվում է պլանի«վերանայում»:

- Սկսեք ձեր ստանդարտ կամ արագ բողոքարկումը՝զանգահարելով 1-866-206-2973 հեռախոսահամարով, գրելով մեզ կամ ֆաքս ուղարկելով: Դա կարող եք անել դուք, ձեր ներկայացուցիչը կամ բժիշկը (կամ դեղ նշանակողը): Նշեք ձեր անունը, կոնտակտային տվյալները և բողոքարկմանն առնչվող տեղեկությունները:

- Դուք պետք է բողոքարկում ներկայացնեք մեր որոշման մասին ձեզ տեղեկացնելու համար ուղարկված նամակի վրա նշված ամսաթվից 65 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե չեք հասցրել ժամկետին և դրա համար ունեք հիմնավորված պատճառ, մենք կարող ենք ձեզ բողոքարկման համար ավելի շատ ժամանակ տրամադրել: Որպես հիմնավոր պատճառ կարող է լինել լուրջ հիվանդությունը, կամ եթե մենք ձեզ ժամկետի վերաբերյալ սխալ տեղեկություններ ենք տվել: Ձեր բողոքը ներկայացնելիս բացատրեք բողոքարկման ուշացման պատճառը:
- Դուք իրավունք ունեք մեզնից պահանջելու բողոքարկման վերաբերյալ տեղեկատվության անվճար օրինակը: Դուք և ձեր բժիշկը կարող եք նաև ձեր բողոքարկումը հիմնավորող մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել:

Եթե ձեր առողջությունը պահանջում է, խնդրեք արագ բողոքարկում:

> Արագ բողոքարկումը կոչվում է նաև «արագացված վերանայում»:

- Եթե դուք բողոքարկում եք չստացած դեղի հետ կապված մեր կայացրած որոշումը, դուք եք որոշում, ինչպես նաև ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակողը՝ ձեզ անհրաժե՞շտ է արագ բողոքարկում, թե՞ ոչ:
- Արագ բողոքարկման պահանջները նույնն են, ինչ փոխհատուցման արագ որոշման դեպքում: Տե՛ս Բաժին Զ**4**-ը լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Մենք քննարկում ենք ձեր բողոքարկումը և տալիս ենք մեր պատասխանը:

- Մենք կքննենք ձեր բողոքը և մանրամասն կծանոթանանք ձեր փոխհատուցման պահանջի հետ կապված բոլոր տեղեկություններին:
- Մենք ստուգում ենք, թե արդյոք պահպանել ենք բոլոր կանոնները, երբ ասել ենքՈչ ձեր հայցին:
- Ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար, մենք կարող ենք կապ հաստատել ձեր բժշկի կամ դեղ նշանակողի հետ:

1-ին մակարդակի արագ բողոքարկման վերջնաժամկետներ

- Արագ որոշման կայացման ժամկետ կիրառելու դեպքում մենք ձեզ պատասխան ենք տալու ձեր հայցը ստանալուց հետո **72** ժամվա ընթացքում:
    - Կապված ձեր առողջական վիճակի հետ՝ մենք կարող ենք ավելի շուտ ձեզ պատասխանել:
    - Եթե մենք ձեզ չպատասխանենք 72 ժամվա ընթացքում, ապա պետք է ձեր հայցն ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ: Այնուհետև այն վերանայում է IRO-ն: Տե՛ս Բաժին Է**6**-ը մեր 2-ին մակարդակի բողոքարկման գործընթացի վերաբերյալ տեղեկությունների համար:

- Եթե ասենքԱյո ձեր հարցմանը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք պետք է տրամադրենք այն փոխհատուցումը, որը համաձայնել ենք տրամադրել ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:

- Եթե ասենքՈչ ձեր հարցմանը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում, որը բացատրում է պատճառները և տեղեկացնում, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:

1-ին մակարդակի ստանդարտ բողոքարկման վերջնաժամկետներ

- Երբ մենք օգտագործում ենք ստանդարտ վերջնաժամկետները, մենք պետք է ձեզ տրամադրենք մեր պատասխանըյոթ օրացուցային օրվա ընթացքում ձեզ չտրամադրված դեղերի փոխհատուցման վերաբերյալ բողոքարկումը ստանալուց հետո:

- Կապված ձեր առողջական վիճակի հետ, մենք կարող ենք ձեր չստացած դեղի հետ կապված մեր որոշումը ավելի շուտ ներկայացնել: Եթե կարծում եք, որ ձեր առողջական վիճակը ձեզ թույլ է տալիս, դուք կարող եք արագ բողոքարկում պահանջել:

    - Եթե մենք ձեզ չպատասխանենք յոթ օրացուցային օրվա ընթացքում, ապա պետք է ձեր հայցն ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ: Այնուհետև այն վերանայում է IRO-ն: Տե՛ս Բաժին Է**6**-ը մեր 2-ին մակարդակի բողոքարկման գործընթացի վերաբերյալ տեղեկությունների համար:

Եթե ասենքԱյոձեր հարցմանը մասամբ կամ ամբողջությամբ.

- Մենք պետք է տրամադրենք փոխհատուցումը, որը համաձայնեցինք ապահովել այնքան արագ, որքան պահանջում է ձեր առողջությունը, սակայն ոչ ուշ,յոթ օրացուցային օրվա ընթացքում՝ ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո:

- Մենք պետք է ուղարկենք վճարումը ձեզ ձեր գնած դեղամիջոցի համար **30** օրացուցային օրվա ընթացքում ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո:

Եթե ասենքԱյոՉեր հարցմանը մասամբ կամ ամբողջությամբ.

- Մենք ձեզ նամակ կուղարկենք՝ նշելով պատճառները, որտեղ տեղեկություններ կլինեն նաև, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:

- Մենք պետք է ձեզ տանք մեր պատասխանը ձեր գնած դեղամիջոցի համար փոխհատուցման վերաբերյալ **14** օրացուցային օրվա ընթացքում ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո:

    - Եթե մենք ձեզ չպատասխանենք 14 օրացուցային օրվա ընթացքում, ապա պետք է ձեր հայցն ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ: Այնուհետև այն վերանայում է IRO-ն: Տե՛ս Բաժին Է**6**-ը մեր 2-ին մակարդակի բողոքարկման գործընթացի վերաբերյալ տեղեկությունների համար:

- Եթե ասենք Այո ձեր հարցմանը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ կվերադարձնենք գումարը 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

- Եթե ասենքՈչ ձեր հարցմանը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում, որը բացատրում է պատճառները և տեղեկացնում, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:

G6. **2-**րդ մակարդակի բողոքարկում

Եթե ասենք Ոչ ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ, կարող եք ընդունել մեր որոշումը կամ ներկայացնել մեկ այլ բողոքարկում: Եթե որոշում եք մեկ ուրիշ բողոք ներկայացնել, դուք պետք է օգտվեք բողոքարկման 2-րդ մակարդակի գործընթացից: **IRO**-ն վերանայում է մեր որոշումը, երբ ասում ենքՈչ ձեր առաջին բողոքարկմանը: Այս կազմակերպությունը որոշում է՝ մենք պետք է փոխենք մեր որոշումը, թե ոչ:

> «Անկախ վերանայող կազմակերպության» (IRO) պաշտոնական անվանումն է«Անկախ վերանայող մարմին»,երբեմն կոչվում է «**IRE**»:

2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու համար դուք, ձեր ներկայացուցիչը, ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս դուրսգրող պետք է կապվեք IRO-ի հետ գրավոր և խնդրեք վերանայել ձեր գործը:

- Եթե ասենք Ոչ ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը, ձեզ ուղարկվող նամակը ներառում էՀրահանգներ, թե ինչպես կատարել **2-**րդ մակարդակի բողոքարկում IRO-ի հետ: Հրահանգներում ասվում է, թե ով կարող է բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց ներկայացնել, ինչ ժամկետներ են դրա համար նախատեսված, և ինչպես կապ հաստատել կազմակերպության հետ:

- Երբ դուք բողոք եք ներկայացնում IRO, մենք ձեր բողոքի հետ կապված մեզ մոտ եղած տեղեկությունները ուղարկում ենք կազմակերպությանը: Այս տեղեկատվությունը կոչվում է ձեր «գործի նյութեր»: Դուք իրավունք ունեք ունենալու ձեր գործի նյութերի անվճար օրինակը: Եթե օգնության կարիք ունեք՝ ձեր գործի ֆայլի անվճար պատճեն խնդրելու համար, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ 1-800-443-0815:

- Դուք իրավունք ունեք ձեր բողոքի հիմնավորման համար լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել IRO-ին:

IRO-ն վերանայում է Medicare Մաս D-ի փոխհատուցման հետ կապված 2-րդ մակարդակի ձեր բողոքարկումը և ձեզ գրավոր պատասխան է տալիս: Տե՛ս Բաժին Զ**4**-ը լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

2-ին մակարդակի ստանդարտ բողոքարկման վերջնաժամկետներ

Կապված ձեր առողջական խնդրի հետ՝ դիմեք IRO-ին արագ բողոքարկման համար:

- Եթե նրանք համաձայն են արագ բողոքարկման, նրանք պետք է ձեզ պատասխան տան **72** ժամվա ընթացքում ձեր բողոքարկման հայցը ստանալուց հետո:

- Եթե նրանք ասեն Այո ձեր հարցմանը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք պետք է տրամադրենք հաստատված դեղերի փոխհատուցումը **24** ժամվա ընթացքում IRO-ի որոշումը ստանալուց հետո:

2-ին մակարդակի ստանդարտ բողոքարկման վերջնաժամկետներ

Եթե դուք ստանդարտ բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց եք ներկայացնում ձեր չստացած դեղի վերաբերյալ, IRO-ը պետք է ձեզ պատասխանի.

- յոթ օրացուցային օրվա ընթացքում այն բանից հետո, երբ նրանք կստանան ձեր բողոքարկումը ձեր չստացած դեղերի համար:
- **14** օրացուցային օրվա ընթացքում ձեր գնած դեղամիջոցի համար գումարը վերադարձնելու վերաբերյալ ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո:

Եթե ասենքԱյոձեր հարցմանը մասամբ կամ ամբողջությամբ.

- Մենք պետք է ապահովենք հաստատված դեղերի փոխհատուցումը **72** ժամվա ընթացքում IRO-ի որոշումը ստանալուց հետո:
- Մենք պետք է ձեզ վերադարձնենք ձեր գնած դեղի գումարը՝ IRO-ի որոշումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե IRO-ն ասում էՈչ ձեր բողոքարկմանը, դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են մեր որոշման հետ՝ չբավարարել ձեր հարցումը: Դա կոչվում է «որոշումը հաստատել» կամ «բողոքարկումը մերժել»:

Եթե IRO-ն ասում էՈչ ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը, դուք իրավունք ունեք 3-րդ մակարդակի բողոքարկման, եթե ձեր խնդրած դեղերի փոխհատուցման դոլարային արժեքը համապատասխանում է նվազագույն դոլարային արժեքին: Եթե ձեր պահանջած դեղի համար փոխհատուցման դոլարային արժեքն ավելի ցածր է, քան պահանջվող նվազագույն չափը, դուք չեք կարող ուրիշ բողոք ներկայացնել: Այս դեպքում բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցի վերաբերյալ որոշումը վերջնական է: IRO-ն ձեզ նամակ կուղարկի, որտեղ նշված կլինի, թե որքան է բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայցի ներկայացման համար պահանջվող նվազագույն դոլարային արժեքը:

Եթե ձեր հարցման դոլարային արժեքը համապատասխանում է պահանջին, դուք ընտրում եք, թե արդյոք ցանկանում եք շարունակել ձեր բողոքարկումը:

- Բողոքարկման գործընթացում 2-րդ մակարդակից հետո կան ևս երեք մակարդակներ:
- Եթե IRO-ն ասում է Ոչ Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը և դուք համապատասխանում եք բողոքարկման գործընթացը շարունակելու պահանջին, դուք.
    - Դուք եք որոշում՝ ներայացնե՞լ բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայց, թե՞ ոչ:

- 3-րդ մակարդակի բողոքարկման հայց ներկայացնելու մանրամասներին ծանոթանալու համար ծանոթացեք 2-րդ մակարդակի բողոքարկումից հետո IRO-ի կողմից ձեզ ուղարկված նամակին:

- 3-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցերը վարում է ALJ-ը կամ փաստաբան դատավորը: Տե՛ս Բաժին Ժ-ն 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակի բողոքարկումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

H. Հիվանդանոցում ավելի երկար մնալու ծախսերի փոխհատուցում

Հիվանդանոց ընդունվելիս դուք իրավունք ունեք ստանալու մեր կողմից փոխհատուցվող բոլոր հիվանդանոցային ծառայությունները, որոնք անհրաժեշտ են՝ ձեր հիվանդությունը կամ վնասվածքն ախտորոշելու և բուժելու համար: Մեր ծրագրի հիվանդանոցային փոխհատուցման վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Գլուխ **4**-ը սրանիցԱնդամի ձեռնարկ:

Փոխհատուցվող հիվանդանոցային կեցության ընթացքում ձեր բժիշկը և հիվանդանոցի անձնակազմը աշխատում են ձեզ հետ՝ ձեզ նախապատրաստելով այն օրվան, երբ դուք դուրս կգրվեք հիվանդանոցից: Նրանք նաև օգնում են կազմակերպելու այն բուժօգնությունը, որի կարիքը կարող եք ունենալ դուրսգրվելուց հետո:

- Այն օրը, երբ դուք դուրս եք գալիս հիվանդանոցից, կոչվում է «դուրսգրման օր»:

- Ձեր բժիշկը և հիվանդանոցի անձնակազմը կտեղեկացնեն ձեզ, թե որ օրը դուրս կգրվեք:

Եթե կարծում եք, որ ձեզ շատ շուտ են դուրս գրում հիվանդանոցից, կամ մտահոգված եք՝ հիվանդանոցից դուրս գալուց հետո ինչ բուժօգնություն եք ստանալու, կարող եք պահանջել, որ ավելի երկար մնաք հիվանդանոցում: Այս բաժնում ներկայացված է, թե ինչպես են դա պահանջում:

Այս Բաժին Ը-ում քննարկված բողոքարկումներից անկախ՝ դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել DMHC-ին և խնդրել նրան անկախ բժշկական վերանայում՝ ձեր հիվանդանոցային կեցությունը շարունակելու համար: Տե՛ս Բաժին Զ**4**-ը՝ իմանալու համար, թե ինչպես բողոք ներկայացնել DMHC-ին և խնդրել նրանցից անկախ բժշկական վերանայում անցկացնել: Որպես լրացում բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայցի կամ դրա փոխարեն՝ դուք կարող եք անկախ բժշկական քննություն պահանջել:

H1. Ձեր **Medicare** իրավունքները

Հիվանդանոց ընդունվելուց հետո երկու օրվա ընթացքում հիվանդանոցում որևէ մեկը՝ օրինակ՝ բուժքույրը կամ գործը վարող մասնագետը, ձեզ կտրամադրի գրավոր ծանուցում՝ «Կարևոր հաղորդագրություն Medicare-ից ձեր իրավունքների մասին» վերնագրով: Medicare-ի բոլոր անդամները ստանում են այս ծանուցման պատճենը, երբ ընդունվում են հիվանդանոց:

Եթե ծանուցում չեք ստանում, խնդրեք այն հիվանդանոցի ցանկացած աշխատակցից: Օգնության համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով: Կարող եք նաև զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով շաբաթը 7 օր, օրը 24 ժամ: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:

- Կարդացե՛ք ծանուցումը ուշադիր և հարցեր տվեք, եթե չեք հասկանում: Ծանուցման մեջ ձեզ ներկայացված են ձեր իրավունքները՝ որպես հիվանդանոցային պացիենտ, ինչպես նաև տեղեկություններ ձեր մյուս իրավունքների մասին, ինչպիսիք են՝
    - Ստանալ Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայություններ հիվանդանոցում գտնվելիս և դրանից հետո: Դուք իրավունք ունեք իմանալու, թե դրանք ինչ ծառայություններ են, ով պետք է վճարի դրանց համար, և երբ դուք կարող եք դրանք ստանալ:
    - Ներգրավված լինել հիվանդանոցում ձեր կեցության տևողության հետ կապված որոշումների կայացմանը:
    - Իմանալ, թե ում պետք է հայտնել հիվանդանոցային խնամքի հետ կապված ձեր մտահոգությունները:
    - Բողոք ներկայացնել, եթե կարծում եք, որ հիվանդանոցից շատ շուտ են ձեզ դուրս գրել:
- Ստորագրեք ծանուցումը ցույց տալու համար, որ դուք ունեք այն և հասկանում եք ձեր իրավունքները:
    - Ծանուցումը կարող եք ստորագրել դուք կամ ձեր անունից հանդես եկող անձը:
    - Ծանուցման ստորագրումը միայն ցույց է տալիս, որ դուք ստացել եք ձեր իրավունքների մասին տեղեկատվություն: Ստորագրումը չինշանակում, որ դուք համաձայնում եք դուրսգրման ամսաթվի հետ, որը ձեր բժիշկը կամ հիվանդանոցի անձնակազմը, հնարավոր է, ձեզ ասել են:
- Պահպանեք ձեր օրինակը ստորագրված ծանուցման, որպեսզի անհրաժեշտության դեպքում ունենաք անհրաժեշտ տեղեկատվությունը:

Եթե հիվանդանոցից դուրս գալու օրվանից ավելի քան երկու օր առաջ եք ստորագրել ծանուցումը, նախքան դուրսգրումը դուք մեկ այլ օրինակ էլ կստանաք:

Դուք կարող եք նախօրոք ծանոթանալ ծանուցման օրինակին, եթե ցանկանում եք:

- Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:
- Կամ զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:
- Այցելեք www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im:

H2. **1-**ին մակարդակի բողոքարկում

Որպեսզի խնդրեք մեզ ավելի երկար ժամանակ փոխհատուցել հիվանդանոցի ստացիոնար բաժանմունքի ծառայությունները, դիմում ներկայացրեք: Որակի բարելավման կազմակերպությունը (QIO) կվերանայի բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցը՝ պարզելու համար՝ արդյոք հիվանդանոցից դուրս գրվելու ամսաթիվը բժշկական տեսանկյունից ճիշտ է որոշված ձեզ համար:

QIO-ը դաշնային կառավարության կողմից վճարվող բժիշկների և առողջապահական այլ մասնագետների խումբ է: Այդ փորձագետները ստուգում և օգնում են բարելավել Medicare պլանի ծառայությունների որակը նրա անդամների համար: Նրանք մեր ապահովագրական պլանի մաս չեն կազմում:

Կալիֆոռնիայում QIO-ն Commence Health-ն է: Զանգահարեք նրանց 1-877-588-1123 հեռախոսահամարով: Կոնտակտային տվյալները նաև նշված են ծանուցման մեջ՝ «Կարևոր հաղորդագրություն Medicare-ից ձեր իրավունքների մասին» և Գլուխ **2**-ում:

Զանգահարեք որակի վերահսկողին **(QIO)** հիվանդանոցից դուրս գրվելուց առաջ և ոչ ուշ, քան ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթիվը:

- Եթե զանգահարեք մեկնելուց առաջ,դուք կարող եք մնալ հիվանդանոցում ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից հետո՝ առանց վճարելու դրա համար, մինչ սպասում եք ձեր բողոքարկման վերաբերյալ QIO-ի որոշմանը:
- Եթե չեք զանգահարել բողոքարկման համար, և որոշել եք նշանակված դուրսգրման օրվանից հետո մնալ հիվանդանոցում, դուք պետք է վճարեք նշանակված դուրսգրման օրվանից հետո ստացած հիվանդանոցային խնամքի բոլոր ծախսերը:
- Քանի որ հիվանդանոցային կեցության համար փոխհատուցվում է և՛ Medicare-ի, և՛ Medi-Cal-ի կողմից, եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը չքննի հիվանդանոցային կեցությունը շարունակելու վերաբերյալ ձեր հայցը, կամ եթե համոզված եք, որ ձեր վիճակի համար անհետաձգելի բուժօգնություն է հարկավոր, կամ ձեր առողջությանը անմիջական և լուրջ վտանգ է սպառնում, կամ սուր ցավեր ունեք, դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Կալիֆոռնիայի Կառավարվող խնամքի վարչություն՝ (DMHC) պահանջելով անկախ բժշկական քննություն անցկացնել: Տե՛ս Բաժին Զ4-ը՝ իմանալու համար, թե ինչպես բողոք ներկայացնել DMHC-ին և խնդրել նրանցից անկախ բժշկական վերանայում անցկացնել:

Խնդրեք օգնություն, եթե դրա կարիքը ունեք: Եթե որևէ պահի հարցեր կամ օգնության կարիք ունենաք.

- Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:
- Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP)՝ 1-800-434-0222:

Խնդրեք արագ վերանայում: Արագ գործեք և կապվեք QIO-ի հետ՝ ձեր հիվանդանոցից դուրսգրման հետ կապված արագ վերանայում պահանջելու համար:

> «Արագ վերանայման» համար իրավական տերմինն է «շտապ վերանայում» կամ «արագացված վերանայում»:

Ինչ է տեղի ունենում արագ վերանայման ժամանակ

- QIO-ի ստուգող մասնագետները ձեզ կամ ձեր ներկայացուցչին կհարցնեն, թե ինչու եք կարծում, որ փոխհատուցումը պետք է շարունակվի նշանակված դուրսգրման օրվանից հետո: Ձեզնից չի պահանջվի հայտարարություն գրել, բայց դուք կարող եք դա անել:
- Փորձագետները նայում են ձեր բժշկական տվյալները, խոսում են ձեր բժշկի հետ և ծանոթանում են մեր պլանի և հիվանդանոցի կողմից տրամադրված տեղեկատվությանը:
- Կեսօրին, այն բանից հետո, երբ վերանայողները կհայտնեն մեր պլանը ձեր բողոքարկման մասին, դուք ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթվի վերաբերյալ նամակ կստանաք: Նամակում նաև ներկայացվում են այն պատճառները, որոնք տրվում են պարզաբանելու, թե ինչու ձեր բժիշկը, հիվանդանոցը և մենք կարծում ենք, որ դա բժշկական տեսանկյունից ճիշտ դուրս գրման ամսաթիվն է ձեզ համար:

> Այս գրավոր բացատրության իրավական տերմինն է «Դուրսգրման մասին մանրամասն ծանուցում»: Դուք կարող եք նմուշ ստանալ՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկման բաժին էջի ներքևի մասում նշված հեռախոսահամարներով կամ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:) Դուք կարող եք նաև ծանոթանալ ծանուցման նմուշին առցանց՝ www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im:

Անհրաժեշտ բոլոր տեղեկությունները ստանալուց հետո մեկ օրվա ընթացքում QIO-ն ձեզ կտրամադրի ձեր բողոքարկման պատասխանը:

Եթե QIO-ն ասում էԱյո ձեր բողոքարկմանը.

- Մենք ձեզ կտրամադրենք փոխհատուցվող ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններ այնքան ժամանակ, քանի դեռ ծառայություններն անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

Եթե QIO-ն ասում էՈչ ձեր բողոքարկմանը.

- Նշանակում է՝ նրանք համոզված են, որ նշանակված դուրսգրման օրը համապատասխանում է բժշկական ցուցումներին:
- Ձեր ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայությունների համար մեր փոխհատուցումը կդադարեցվի QIO-ի կողմից ձեր բողոքին պատասխան տալու հաջորդ օրվա կեսօրից:

- Երբ QIO-ը պատասխանի բողոքին, դրա հաջորդ օրվա կեսօրից հետո դուք ստիպված կլինեք վճարել հիվանդանոցային խնամքի ամբողջ արժեքը:

- Դուք կարող եք 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել, եթե QIO-ն մերժի ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումըև եթե մնում եք հիվանդանոցում ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից հետո:

H3. 2-րդ մակարդակի բողոքարկում

Բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց ներկայացնելու համար դուք պետք է QIO-ից պահանջեք, որ նրանք ևս մեկ անգամ վերանայեն ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցի վերաբերյալ իրենց ընդունած որոշումը: Զանգահարեք նրանց 1-877-588-1123 հեռախոսահամարով:

Դուք պետք է խնդրեք այս վերանայումը **60** օրացուցային օրվա ընթացքում այն օրվանից հետո, երբ QIO-ն ասացՈչ ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը: Դուք կարող եք խնդրել այս վերանայումը միայն եթե դուք մնում եք հիվանդանոցում ձեր խնամքի փոխհատուցման ավարտի օրվանից հետո:

QIO-ի փորձագետները կիրականացնեն հետևյալը.

- Մեկ անգամ ևս ուշադիր քննեն ձեր հայցի հետ կապված տեղեկությունները:

- Բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցի վերաբերյալ որոշումը ձեզ կհայտնեն՝ ձեր երկրորդ վերանայման հայցը ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե QIO-ն ասում էԱյո ձեր բողոքարկմանը.

- Մենք պետք է ձեզ վերադարձնենք հիվանդանոցային բուժման ծախսերի մեր մասնաբաժինը՝ սկսած QIO-ի կողմից ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցը մերժելու հաջորդ օրվա կեսօրից:

- Մենք ձեզ կտրամադրենք փոխհատուցվող ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններ այնքան ժամանակ, քանի դեռ ծառայություններն անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

Եթե QIO-ն ասում էՈչ ձեր բողոքարկմանը.

- Նշանակում է՝ նրանք համաձայն են ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցի վերաբերյալ իրենց որոշման հետ և չեն փոխի այն:

- Նրանք ձեզ նամակ են ուղարկում, որտեղ ասվում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը և ինչպես բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայց ներկայացնել:

- Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել կամ պահանջել DMHC-ից անկախ բժշկական քննություն անցկացնել՝ հիվանդանոցում ձեր կեցությունը շարունակելու համար: Տե՛ս Բաժին Ե**4**-ը՝ իմանալու համար, թե ինչպես բողոք ներկայացնել DMHC-ին և խնդրել նրանից անկախ բժշկական վերանայում անցկացնել:

3-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցերը վարում է ALJ-ը կամ փաստաբան դատավորը: Տե՛ս Բաժին Ժ-ն 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակի բողոքարկումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

I. Որոշակի բուժծառայությունների փոխհատուցման հայտ

Այս բաժնում ներկայացված են միայն երեք տեսակի ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ՝

- խնամքի ծառայություններ տնային պայմաններում
- մասնագիտացված բուժքույրական խնամք մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունում, և
- վերականգնողական խնամք որպես ամբուլատոր հիվանդ՝ Medicare-ի կողմից հաստատված CORF-ում: Սովորաբար սա ենթադրում է, որ դուք հիվանդության համար կամ դժբախտ պատահարից հետո բուժում եք ստանում կամ վերականգնվում եք ծանր վիրահատությունից հետո:

Այս երեք տիպի ծառայությունների համար դուք այնքան ժամանակ իրավունք ունեք փոխհատուցում ստանալու, որքան բժշկի կարծիքով՝ դրանց կարիքն ունեք:

Երբ մենք որոշենք դադարեցնել դրանցից որևէ մեկի փոխհատուցումը, մենք պետք է ձեզ տեղեկացնենքնախքան ձեր ծառայությունների տրամադրումն ավարտվեն: Երբ այդ ծառայությունների համար ձեր փոխհատուցման ժամկետը լրանում է, մենք դադարեցնում ենք դրանց համար վճարումը:

Եթե կարծում եք, որ մենք ձեր խնամքի համար փոխհատուցումը շատ շուտ ենք դադարեցնում, դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Այս բաժնում ներկայացված է, թե ինչպես խնդրել բողոքարկում:

I1. Ձեր փոխհատուցման ժամկետի ավարտից առաջ նախօրոք ծանուցում

Մենք ձեզ գրավոր ծանուցում ենք ուղարկում, որը դուք կստանաք ձեր խնամքի համար վճարումը դադարեցնելուց առնվազն երկու օր առաջ: Սա կոչվում է «Medicare-ի փոխհատուցումից դուրս մնալու մասին ծանուցում»: Ծանուցման մեջ նշված է ձեր խնամքի ապահովագրությունը դադարեցնելու ամսաթիվը և մեր որոշումը բողոքարկելու եղանակը:

Դուք կամ ձեր ներկայացուցիչը պետք է ստորագրեք ծանուցումը՝ ցույց տալու համար, որ այն ստացել եք: Ծանուցման ստորագրումը միայն ցույց է տալիս, որ դուք ստացել եք տեղեկատվությունը: Ստորագրում չի նշանակում է, որ դուք համաձայն եք մեր որոշման հետ:

I2. 1-ին մակարդակի բողոքարկում

Եթե կարծում եք, որ մենք ձեր խնամքի համար փոխհատուցումը շատ շուտ ենք դադարեցնում, դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Այս բաժնում ներկայացված են տեղեկություններ բողոքարկման 1-ին մակարդակի գործընթացի մասին և թե ինչ է ձեզնից պահանջվում անել:

- Հետևեք ժամկետներին: Ժամկետները պահպանելը շատ կարևոր է: Իմացեք ձեր գործերի ժամկետները և հետևեք դրանց: Մեր պլանը ևս պետք է հետևի ժամկետներին: Եթե կարծում եք, որ մենք չենք պահպանել ժամկետները, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել: Տե՛ս Բաժին Ի-ն բողոքների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:
- Խնդրեք օգնություն, եթե դրա կարիքը ունեք: Եթե որևէ պահի հարցեր կամ օգնության կարիք ունենաք.
    - Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:
    - Զանգահարեք HICAP 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով:
- Կապվեք **QIO-**ի հետ:
    - QIO-ի և նրանց հետ կապ հաստատելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն Անդամի ձեռնարկի Գլուխը 2-ը կամ Բաժին Ը**2**-ը:
    - Պահանջեք նրանցից վերանայել ձեր բողոքը և որոշել՝ արդյո՞ք պետք է փոխել մեր պլանի որոշումը, թե՞ ոչ:
    - Գործեք արագ և խնդրեք «արագացված բողոքարկում»: Դիմեք QIO-ին՝ տեղեկանալու համար արդյոք բժշկական տեսանկյունից ընդունելի է, որ դադարեցնենք ձեր բուժծառայությունների փոխհատուցումը:

Այս կազմակերպությանը կապվելու ձեր վերջնաժամկետը

- Դուք պետք է դիմեք QIO-ին՝ սկսելու ձեր բողոքարկման գործընթացը նախքան Medicare-ի փոխհատուցումից դուրս մնալու մասին մեր ծանուցման ուժի մեջ մտնելու ամսաթվի նախորդող օրվա կեսօրը:
- Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը չքննի ձեր բուժծառայությունների համար փոխհատուցումը շարունակելու ձեր հայցը, կամ եթե համոզված եք, որ ձեր վիճակի համար անհետաձգելի բուժօգնություն է հարկավոր, կամ ձեր առողջությանը անմիջական և լուրջ վտանգ է սպառնում, կամ սուր ցավեր ունեք, դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Կալիֆոռնիայի Կառավարվող խնամքի վարչություն՝ (DMHC) պահանջելով անկախ բժշկական քննություն անցկացնել: Տե՛ս Բաժին Զ**4**-ը՝ իմանալու համար, թե ինչպես բողոք ներկայացնել DMHC-ին և խնդրել նրանցից անկախ բժշկական վերանայում անցկացնել:

Գրավոր ծանուցման իրավական տերմինն է«**Medicare**-ի փոխհատուցումից դուրս մնալու մասին ծանուցում»: Նմուշային օրինակ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևի մասում նշված հեռախոսահամարներով կամ զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Կամ ստացեք պատճենը առցանց՝ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Ինչ է տեղի ունենում արագացված բողոքարկման ժամանակ

- QIO-ի վերանայող մասնագետները ձեզ կամ ձեր ներկայացուցչին կհարցնեն, թե ինչու եք կարծում, որ փոխհատուցումը պետք է շարունակվի: Ձեզնից չի պահանջվի հայտարարություն գրել, բայց դուք կարող եք դա անել:
- Փորձագետները նայում են ձեր բժշկական տվյալները, խոսում են ձեր բժշկի հետ և ծանոթանում են մեր պլանի կողմից իրենց տրամադրված տեղեկատվությանը:
- Մեր պլանը նաև գրավոր ծանուցում է ձեզ ուղարկում, որտեղ բացատրվում են ձեր ծառայությունների համար փոխհատուցման դադարեցման պատճառները: Դուք ծանուցումը կստանաք մինչև օրվա վերջ, երբ փորձագետները կտեղեկացնեն մեզ ձեր բողոքի մասին:

Ծանուցման բացատրության իրավական տերմինն է՝«Փոխհատուցումից դուրս մնալու մասին մանրամասն բացատրություն»:

- Բոլոր պահանջվող տեղեկությունները ստանալուց հետո մեկ օրվա ընթացքում փորձագետները կհայտնեն իրենց որոշումը:

Եթե QIO-ն ասում էԱյո ձեր բողոքարկմանը.

- Մենք կտրամադրենք ձեր փոխհատուցվող ծառայություններն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

Եթե QIO-ն ասում էՈչ ձեր բողոքարկմանը.

- Ձեր փոխհատուցումը դադարեցվում է մեր նշած օրը:
- Մենք ծանուցման մեջ նշված օրվանից սկսած դադարեցնում ենք վճարել այս խնամքի ծախսերի մեր մասնաբաժինը:
- Դուք ինքներդ եք վճարում այս խնամքի ամբողջ ծախսերը, եթե խնամքի համար փոխհատուցումը դադարեցնելու օրվանից հետո շարունակում եք այն ստանալ տնային պայմաններում, մասնագիտացված բուժքույրական խնամքի հաստատությունում կամ Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատությունում (CORF):

- Դուք եք որոշում՝ շարունակե՞լ այս ծառայությունները և բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց ներկայացնել, թե՞ ոչ:

I3. 2-րդ մակարդակի բողոքարկում

Բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց ներկայացնելու համար դուք պետք է QIO-ից պահանջեք, որ նրանք ևս մեկ անգամ վերանայեն ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցի վերաբերյալ իրենց ընդունած որոշումը: Զանգահարեք նրանց 1-877-588-1123 հեռախոսահամարով:

Դուք պետք է խնդրեք այս վերանայումը **60** օրացուցային օրվա ընթացքում այն օրվանից հետո, երբ QIO-ն ասաց Ոչ ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը: Դուք կարող եք խնդրել այս վերանայումը միայն եթե դուք մնում եք հիվանդանոցում ձեր խնամքի ապահովագրության ավարտի օրվանից հետո:

QIO-ի փորձագետները կիրականացնեն հետևյալը.

- Մեկ անգամ ևս ուշադիր քննեն ձեր հայցի հետ կապված տեղեկությունները:
- Բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցի վերաբերյալ որոշումը ձեզ կհայտնեն՝ ձեր երկրորդ վերանայման հայցը ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե QIO-ն ասում էԱյո ձեր բողոքարկմանը.

- Մենք ձեզ կվերադարձնենք ձեր ստացած բուժման արժեքի մեր մասնաբաժինը՝ սկսած այն օրվանից, երբ ձեզ հայտնել ենք փոխհատուցումը դադարեցնելու մեր որոշման մասին:
- Մենք կապահովենք խնամքի ապահովագրությունը այնքան ժամանակ, որքան դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ կլինի:

Եթե QIO-ն ասում էՈչ ձեր բողոքարկմանը.

- Նրանք համաձայն են ձեր խնամքը դադարեցնելու մեր որոշման հետ և չեն փոխի այն:
- Նրանք ձեզ նամակ են ուղարկում, որտեղ ասվում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը և ինչպես բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայց ներկայացնել:
- Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել և պահանջել DMHC-ից կատարել անկախ բժշկական վերանայում՝ շարունակելու համար փոխհատուցում ստանալ խնամքի ծառայությունների համար: Տե՛ս Բաժին Զ**4**-ը՝ իմանալու համար, թե ինչպես խնդրել DMHC-ին անկախ բժշկական վերանայում անցկացնել: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել և պահանջել DMHC-ից կատարել անկախ բժշկական վերանայում՝ ի լրումն բողոքարկման 3-րդ մակարդակի բողոքարկման կամ դրա փոխարեն:

3-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցերը վարում է ALJ-ը կամ փաստաբան դատավորը: Տե՛ս Բաժին Ժ-ն 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակի բողոքարկումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

J. Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկման բարձրացում հաջորդ մակարդակ

J1. Medicare ծառայություններ և պարագաներ ստանալու համար հաջորդ քայլերը

Եթե Medicare-ի ծառայությունների կամ պարագաների համար փոխհատուցում պահանջելու համար դուք ներկայացրել եք ձեր հայցը բողոքարկման 1-ին և 2-րդ մակարդակում, և ձեր երկու հայցերն էլ մերժվել են, դուք իրավունք ունեք դիմելու բողոքարկման ավելի բարձր մակարդակներ:

Եթե ձեր պահանջած Medicare-ի ծառայության կամ պարագայի համար փոխհատուցման դոլարային արժեքը չի համապատասխանում պահանջվող նվազագույն չափին, դուք չեք կարող ուրիշ բողոք ներկայացնել: Եթե դոլարային արժեքը բավականաչափ բարձր է, կարող եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը: Բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցի հետ կապված IRO-ի կողմից ուղարկված նամակում ներկայացված է, թե ում կարող եք դիմել և ինչ պետք է անեք բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայց ներկայացնելու համար:

3-րդ մակարդակի բողոքարկում

Բողոքարկման գործընթացի 3-րդ մակարդակը ALJ լսումն է: Որոշում կայացնողը ALJ-ն է կամ փաստաբան դատավորը, ով աշխատում է դաշնային կառավարությունում:

Եթե ALJ-ն կամ փաստաբան դատավորը ասում է Այո ձեր բողոքարկմանը, մենք իրավունք ունենք բողոքարկել 3-րդ մակարդակի որոշումը, որը ձեզ համար բարենպաստ է:

- Եթե մենք որոշենքբողոքարկելորոշումը ստանալուց հետո մենք ձեզ կուղարկենք 4-րդ մակարդակի բողոքարկման հարցման պատճենը՝ ուղեկցող փաստաթղթերի հետ միասին: Մենք կարող ենք սպասել բողոքարկման 4-րդ մակարդակի հայցի վերաբերյալ որոշմանը՝ նախքան վիճելի ծառայությունը լիազորելը կամ տրամադրելը:
- Եթե մենք որոշենք չբողոքարկել որոշումը, մենք պետք է թույլատրենք կամ ձեզ մատուցենք ծառայությունը ALJ-ի կամ փաստաբան դատավորի որոշումը ստանալուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե ALJ-ն կամ փաստաբան-դատավորը ասում է Ոչձեր բողոքարկմանը, բողոքարկման գործընթացը կարող է դեռ ավարտված չլինել:
- Եթե որոշեքընդունել այս որոշումը, որը մերժում է ձեր բողոքարկումը, բողոքարկման գործընթացն ավարտված է:
- Եթե որոշեքչընդունել այս որոշումը, որը մերժում է ձեր բողոքարկումը, դուք կարող եք անցնել վերանայման գործընթացի հաջորդ փուլ: Ձեզ ուղարկված ծանուցման մեջ կբացատրվի, թե ինչ է հարկավոր անել բողոքարկման 4-րդ մակարդակի համար:

4-րդ մակարդակի բողոքարկում

Medicare-ի բողոքարկման խորհուրդը (Խորհուրդ) քննարկում է ձեր բողոքարկումը և ձեզ պատասխան է տալիս: Խորհուրդը դաշնային կառավարության մաս է կազմում:

Եթե Խորհուրդն ասի Այո ձեր 4-րդ մակարդակի բողոքարկմանը կամ մերժում է մեր խնդրանքը՝ վերանայելու ձեզ համար բարենպաստ 3-րդ մակարդակի բողոքարկման որոշումը, մենք իրավունք ունենք բողոքարկել 5-րդ մակարդակում:

- Եթե մենք որոշենքբողոքարկել որոշումը, մենք ձեզ գրավոր կտեղեկացնենք:
- Եթե մենք որոշենք չբողոքարկել որոշումը, մենք պետք է թույլատրենք կամ ձեզ մատուցենք ծառայությունը Խորհրդի որոշումը ստանալուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե Խորհուրդն ասի Ոչ կամ մերժի մեր վերանայման հարցումը, բողոքարկման գործընթացը կարող է դեռ ավարտված չլինել:

- Եթե որոշեքընդունել այս որոշումը, որը մերժում է ձեր բողոքարկումը, բողոքարկման գործընթացն ավարտված է:
- Եթե որոշեքչընդունել այս որոշումը, որը մերժում է ձեր բողոքարկումը, դուք կարող եք անցնել վերանայման գործընթացի հաջորդ փուլ: Ձեզ ուղարկված ծանուցման մեջ բացատրվում է՝ դուք կարո՞ղ եք դիմել բողոքարկման 5-րդ մակարդակ, թե՞ ոչ, և ինչ պետք է անեք դրա համար:

5-րդ մակարդակի բողոքարկում

- Դաշնային շրջանային դատարանի դատավորը կքննարկի ձեր բողոքարկումը և բոլոր տեղեկությունները և կորոշի՝ ասելԱյո թեՈչ: Սա վերջնական որոշումն է: Դաշնային շրջանային դատարանից հետո բողոքարկման այլ մակարդակներ չկան:

J2. Լրացուցիչ **Medi-Cal** բողոքարկումներ

Դուք նաև բողոքարկման այլ իրավունքներ ունեք, եթե խոսքը վերաբերում է Medi-Cal-ի կողմից սովորաբար փոխհատուցվող ծառայություններին կամ պարագաներին: Նահանգային լսումների բաժնի կողմից ուղարկված նամակում ձեզ կտեղեկացվի, թե ինչ պետք է անեք, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը:

J3. **Medicare** Մաս **D**-ի դեղերի հայցերի **3**-րդ, **4**-րդ և **5**-րդ մակարդակների բողոքարկում

Այս բաժինը կարող է ճիշտ լինել ձեզ համար, եթե ներկայացրել եք բողոքարկման 1-ին և 2-րդ մակարդակի հայցեր, և ձեր երկու հայցերն էլ մերժվել են:

Եթե ձեր պահանջած դեղի համար փոխհատուցման դոլարային արժեքը համապատասխանում է պահանջվող նվազագույն չափին, դուք կարող եք անցնել բողոքարկման հաջորդ մակարդակներ: Բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցի հետ կապված գրավոր պատասխանում բացատրվում է, թե ում կարող եք դիմել և ինչ անել բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայց ներկայացնելու համար:

3-րդ մակարդակի բողոքարկում

Բողոքարկման գործընթացի 3-րդ մակարդակը ALJ լսումն է: Որոշում կայացնողը ALJ-ն է կամ փաստաբան դատավորը, ով աշխատում է դաշնային կառավարությունում:

Եթե ALJ-ն կամ փաստաբան-դատավորը ասում էԱյո ձեր բողոքարկմանը.

- Բողոքարկման գործընթացն ավարտվում է:
- Մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք դեղի համար հաստատված փոխհատուցումը 72 ժամվա ընթացքում (կամ 24 ժամում՝ արագացված բողոքարկման դեպքում) կամ վճարենք դրա համար ոչ ուշ, քան որոշումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե ALJ-ն կամ փաստաբան-դատավորը ասում է Ոչձեր բողոքարկմանը, բողոքարկման գործընթացը կարող է դեռ ավարտված չլինել:

- Եթե որոշեքընդունել այս որոշումը, որը մերժում է ձեր բողոքարկումը, բողոքարկման գործընթացն ավարտված է:
- Եթե որոշեքչընդունել այս որոշումը, որը մերժում է ձեր բողոքարկումը, դուք կարող եք անցնել վերանայման գործընթացի հաջորդ փուլ: Ձեզ ուղարկված ծանուցման մեջ կբացատրվի, թե ինչ է հարկավոր անել բողոքարկման 4-րդ մակարդակի համար:

4-րդ մակարդակի բողոքարկում

Խորհուրդը քննարկում է ձեր բողոքարկումը և ձեզ պատասխան է տալիս: Խորհուրդը դաշնային կառավարության մաս է կազմում:

Եթե QIO-ն ասում էԱյո ձեր բողոքարկմանը.

- Բողոքարկման գործընթացն ավարտվում է:
- Մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք դեղի համար հաստատված փոխհատուցումը 72 ժամվա ընթացքում (կամ 24 ժամում՝ արագացված բողոքարկման դեպքում) կամ վճարենք դրա համար ոչ ուշ, քան որոշումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե Խորհուրդն ասում է Ոչ կամ մերժում է վերանայման հարցումը, բողոքարկման գործընթացը կարող է դեռ չավարտված լինել:

- Եթե որոշեքընդունել այս որոշումը, որը մերժում է ձեր բողոքարկումը, բողոքարկման գործընթացն ավարտված է:
- Եթե որոշեքչընդունել այս որոշումը, որը մերժում է ձեր բողոքարկումը, դուք կարող եք անցնել վերանայման գործընթացի հաջորդ փուլ: Ձեզ ուղարկված ծանուցման մեջ բացատրվում է՝ դուք կարո՞ղ եք դիմել բողոքարկման 5-րդ մակարդակ, թե՞ ոչ, և ինչ պետք է անեք դրա համար:

5-րդ մակարդակի բողոքարկում

Դաշնային շրջանային դատարանի դատավորը կքննարկի ձեր բողոքարկումը և բոլոր տեղեկությունները և կորոշի՝ ասելԱյո թեՈՉ: Սա վերջնական որոշումն է: Դաշնային շրջանային դատարանից հետո բողոքարկման այլ մակարդակներ չկան:

K. Ինչպես բողոք ներկայացնել

K1. Ինչպիսի՞ խնդիրների դեպքում պետք է բողոք ներկայացնել

Բողոքի գործընթացը նախատեսված է միայն որոշակի խնդիրների համար, օրինակ՝ այնպիսի խնդիրների, որոնք առնչվում են խնամքի որակին, սպասման ժամանակին, խնամքի համակարգմանը և հաճախորդների սպասարկմանը: Ստորև ներկայացված են խնդիրներ, որոնց համար նախատեսված է բողոքի գործընթաց:

Բողոք	Օրինակ
Ձեր խնամքի որակը	• Դուք դժգոհ եք խնամքի որակից, օրինակ՝ հիվանդանոցում ստացած խնամքի:
Ձեր գաղտնիության իրավունքի պահպանում	• Դուք կարծում եք, որ չի պահպանվել ձեր տվյալների գաղտնիության իրավունքը կամ ուրիշին են փոխանցել ձեր անձնական տվյալները:
Անհարգալից վերաբերմունք, հաճախորդների սպասարկման վատ որակ կամ այլ բացասական վարվելակերպ	• Բուժծառայություններ մատուցողը կամ աշխատողները կոպիտ կամ անհարգալից են եղել ձեր նկատմամբ: • Մեր անձնակազմը ձեզ հետ վատ է վերաբերվել: • Ձեզ թվում է, որ ձեզ դուրս են մղում մեր պլանից:
Հասանելիություն և լեզվական աջակցություն	• Ձեզ ֆիզիկապես չեն կարող հասանելի լինել առողջապահական խնամքի ծառայությունները կամ հաստատությունները բժշկի կամ մատակարարի աշխատասենյակից: • Ձեր բժիշկը կամ մատակարարը թարգմանիչ չի տրամադրում անգլերենից բացի ուրիշ լեզվի համար, որով դուք խոսում եք (օրինակ՝ ամերիկյան ժեստերի լեզվի կամ իսպաներենի համար): • Ձեր մատակարարը ձեզ համար չի ապահովում այլ ողջամիտ հարմարություններ, որոնց կարիքն ունեք և պահանջում եք:

Բողոք	Օրինակ
Սպասման ժամանակ	• Ձեզ դժվարությամբ են այց նշանակում, կամ շատ երկար եք սպասում, որպեսզի ձեզ այն նշանակեն: • Բժիշկները, դեղագործները կամ այլ բուժաշխատողներ, Անդամների սպասարկման բաժինը կամ պլանի այլ աշխատողներ ձեզ շատ երկար են սպասեցնում:
Մաքրություն	• Դուք կարծում եք, որ կլինիկան, հիվանդանոցը կամ բժշկի աշխատասենյակը մաքուր չէ:
Մեզնից ստացած տեղեկատվություն	• Դուք կարծում եք, որ մենք թերացել ենք ձեզ համար կարևոր ծանուցումը կամ նամակը ուղարկելու գործում: • Դուք կարծում եք, որ մեր ուղարկած գրավոր տեղեկատվությունը չափազանց դժվար է հասկացվում:
Փոխհատուցման որոշումների կամ բողոքարկումների ժամկետների պահպանում	• Դուք կարծում եք, որ մենք չենք պահպանում փոխհատուցման որոշումների կամ ձեր հայցերին պատասխանելու համար սահմանված ժամկետները: • Դուք կարծում եք, որ ձեր փոխհատուցման կամ բողոքարկման հայցը բավարարելուց հետո մենք չենք պահպանում ծառայությունը հաստատելու կամ տրամադրելու կամ որևէ բուժօգնության համար ձեր գումարը վերադարձնելու ժամկետները: • Դուք կարծում եք, որ մենք ձեր գործը ժամանակին չենք ուղարկել IRO:

Կան տարբեր տեսակի բողոքներ: Դուք կարող եք ներքին և/կամ արտաքին բողոք ներկայացնել: Ներքին բողոքը ներկայացվում է մեր պլանին և քննվում է մեր պլանի կողմից: Արտաքին բողոքը ներկայացվում է մեր պլանին չփոխկապակցված կազմակերպությանը և քննվում է մեր պլանին չփոխկապակցված կազմակերպության կողմից: Եթե ներքին և/կամ արտաքին բողոք ներկայացնելու համար օգնության կարիք ունեք, կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ 1-800-443-0815 (TTY 711) շաբաթը 7 օր՝ ժամը 08:00-20:00:

«Բողոքի» համար իրավական տերմինն է «գանգատ»:

«Բողոք ներկայացնելու» համար իրավական տերմինն է «գանգատը ներկայացնել»:

K2. Ներքին բողոքներ

Ներքին բողոք ներկայացնելու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ 1-800-443-0815 (TTY՝ 711): Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել ցանկացած ժամանակ՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ խոսքը վերաբերում է Medicare Մաս D-ի դեղերին: Եթե բողոքը Medicare Մաս D-ի դեղի վերաբերյալ է, պետք է այն ներկայացնեք տվյալ խնդրի առաջացման օրվանից հետո **60** օրացույցային օրվա ընթացքում:

- Լրացուցիչ քայլերի անհրաժեշտության դեպքում Անդամների սպասարկման բաժնից ձեզ կտեղեկացնեն:
- Կարող եք նաև գրավոր ուղարկել մեզ ձեր բողոքը: Եթե ներկայացնեք ձեր բողոքը գրավոր, մենք ձեր բողոքին նույնպես կպատասխանենք գրավոր:

Մենք պետք է ձեր գանգատի պատասխանն ուղարկենք որքան հնարավոր է շուտ, բայց ոչ ուշ, քան ձեր բողոքը ստանալուց հետո 30 օրացույցային օրվա ընթացքում:

«Արագ բողոքի» համար իրավական տերմինն է «արագացված գանգատ»:

Հնարավորության դեպքում մենք ձեզ անմիջապես կպատասխանենք: Եթե բողոք ներկայացնեք մեզ հեռախոսով, մենք կարող ենք ձեզ պատասխանել նույն հեռախոսազանգով: Եթե ձեր առողջական վիճակը թելադրում է, որ մենք ձեզ արագ պատասխանենք, ապա մենք կփորձենք հնարավորինս արագ պատասխանել:

- Բողոքների մեծ մասին մենք պատասխանում ենք 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե մենք որոշում չընդունենք 30 օրացուցային օրվա ընթացքում, քանի որ մեզ անհրաժեշտ են լրացուցիչ տեղեկություններ, մենք ձեզ գրավոր ծանուցում կուղարկենք այդ մասին: Մենք նաև տրամադրում ենք բողոքի կարգավիճակի թարմացում, և թե երբ է նախատեսվում պատասխանի ստացումը:
- Եթե ձեր բողոքը կապված է «փոխհատուցման արագ որոշման» կամ «արագ բողոքարկման» վերաբերյալ ձեր հայցը մեր կողմից մերժելու հետ, մենք ավտոմատ կերպով ձեզ համար «արագ բողոք» ենք ապահովում և պատասխանում ենք ձեր բողոքին 24 ժամվա ընթացքում:
- Եթե դուք բողոք եք ներկայացնում՝ կապված նրա հետ, որ մենք լրացուցիչ ժամանակ ենք պահանջել՝ փոխհատուցման կամ բողոքարկման հայցի վերաբերյալ որոշում կայացնելու համար, մենք ավտոմատ կերպով ձեզ համար «արագ բողոք» ենք ապահովում և պատասխանում ենք ձեր բողոքին 24 ժամվա ընթացքում:

Եթե մենք համաձայն չենք ձեր բողոքին մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ կտեղեկացնենք այդ մասին և կներկայացնենք դրա պատճառները: Մենք պատասխանում ենք՝ համաձայն ենք բողոքին, թե ոչ:

K3. Արտաքին բողոքներ

Medicare-ի հետ

Մենք կարող ենք տեղեկացնել Medicare-ին ձեր բողոքի մասին կամ ուղարկել այն Medicare-ին: Medicare-ի բողոքի ձևը հասանելի է առցանց՝ www.medicare.gov/my/medicare-complaint: Medicare-ին բողոք ներկայացնելուց առաջ Kaiser Permanente Dual Complete-ին բողոք նորկայացնելու կարիք չկա:

Medicare-ը լուրջ է վերաբերվում ձեր բողոքներին և այս տեղեկությունները կօգտագործի՝ նպատակ ունենալով բարելավել Medicare ծրագրի որակը:

Եթե ցանկանում եք հետադարձ կարծիք հայտնել կամ մտահոգություններ ունեք կամ, եթե ձեզ թվում է, որ առողջապահական պլանը չի լուծում ձեր խնդիրը, կարող եք նաև զանգահարել՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY օգտատերերը պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Այս զանգն անվճար է:

Medi-Cal,

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել Կալիֆոռնիայի առողջապահական ծառայությունների վարչության (DHCS) Medi-Cal-ի կողմից կառավարվող խնամքի օմբուդսմենին՝ զանգահարելով 1-888-452-8609 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարեն 711: Զանգահարել երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 08:00-17:00:

Կարող եք բողոք ներկայացնել Կալիֆոռնիայի կառավարվող խնամքի վարչություն (DMHC): DMHC-ը պատասխանատու է առողջապահական պլանների կարգավորման հարցում: Կարող եք զանգահարել DMHC-ի Աջակցության կենտրոն՝ Medi-Cal-ի ծառայությունների հետ կապված բողոքների դեպքում: Ոչ հրատապ հարցերի դեպքում, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել DMHC-ին, եթե համաձայն չեք ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման որոշման հետ, կամ եթե ձեր բողոքը 30 օրացուցային օր հետո չի լուծվել պլանի շրջանակներում: Այդուհանդերձ, դուք կարող եք կապ հաստատել DMHC-ի հետ՝ առանց 1-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու, եթե օգնության կարիք ունեք հրատապ խնդրի հետ կապված բողոքի հետ կամ այն խնդրի, որը անմիջական և լուրջ վտանգ է ներկայացնում ձեր առողջությանը, եթե սուր ցավեր ունեք, եթե համաձայն չեք ձեր բողոքի վերաբերյալ մեր պլանի որոշման հետ, կամ եթե մեր պլանը լուծում չի տվել ձեր բողոքին 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Աջակցության կենտրոնից օգնություն կարող եք ստանալ երկու եղանակով՝

- Զանգահարեք 1-888-466-2219: Խլություն, լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեցող անձինք կարող են զանգահարել անվճար TTY հեռախոսահամարին՝ 1-877-688-9891: Այս զանգն անվճար է:
- Այցելեք Կառավարվող խնամքի վարչության կայք (www.dmhc.ca.gov):

Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ ***(OCR)***

Կարող եք բողոք ներկայացնել Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչության (HHS) OCR, եթե կարծում եք, որ ձեր հանդեպ արդարացի չեն վարվել: Օրինակ՝ դուք կարող եք բողոք ներկայացնել հաշմանդամության հասանելիության կամ լեզվական օգնության հետ կապված: OCR-ի հեռախոսահամարն է 1-800-368-1019: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք այցելել www.hhs.gov/ocr:

Կարող եք կապ հաստատել տեղական OCR գրասենյակի հետ նաև հետևյալ կերպ՝

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-368-1019
Ֆաքս՝ 1-202-619-3818
TDD՝ 1-800-537-7697
Էլ. փոստ՝ ocrmail@hhs.gov

Հնարավոր է նաև իրավունքներ ունենաք Հաշմանդամություն ունեցող ամերիկացիների մասին ակտի (ADA) ներքո:

QIO

Երբ ձեր բողոքը վերաբերում է խնամքի որակին, դուք ունեք երկու տարբերակ՝

- Դուք կարող եք խնամքի որակի վերաբերյալ ձեր բողոքը ներկայացնել անմիջապես QIO-ին:
- Կարող եք ներկայացնել ձեր բողոքը QIO-ին և մեր պլանին: Եթե բողոք եք ներկայացնում QIO-ին, մենք համագործակցում ենք նրանց հետ՝ ձեր բողոքը լուծելու համար:

QIO-ը բժիշկների և առողջապահական այլ փորձագետների խումբ է, որը վճարվում է դաշնային կառավարության կողմից՝ ստուգելու և բարելավելու Medicare-ի պացիենտներին տրամադրվող խնամքը: QIO-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն Անդամի ձեռնարկի Գլուխ **2**-ը կամ Բաժին Ը**2**-ը:

Կալիֆոռնիայում QIO-ն կոչվում է Commence Health: Commence Health-ի հեռախոսահամարն է 1-877-588-1123:

Գլուխ **10**. Մեր պլանին ձեր անդամակցության փոփոխումը կամ դադարեցումը

Ներածություն

Այս գլխում բացատրվում է, թե ինչպես կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանին, և թե առողջական ապահովագրության ինչ տարբերակներ ունեք մեր պլանից դուրս գալուց հետո: Եթե դուրս գաք մեր պլանից, դուք կշարունակեք մնալ Medicare և Medi-Cal ծրագրերում, քանի դեռ համապատասխանում եք դրա պահանջներին: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով այս Անդամի ձեռնարկիվերջին գլխում:

Գլուխ **10** Բովանդակություն

A. Երբ կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանին 340

B. Ինչպես դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանին....341

C. Ինչպես ստանալ Medicare և Medi-Cal ծառայություններ՝ առանձին....342

C1. Ձեր Medicare ծառայությունները 342

C2. Ձեր Medi-Cal ծառայությունները....347

D. Ձեր բժշկական պարագաները, ծառայությունները և դեղերը մինչև մեր պլանին ձեր անդամակցության ավարտը 347

E. Այլ իրավիճակներ, երբ մեր պլանին ձեր անդամակցությունը դադարում է 347

F. Կանոններ, որոնցով չի թույլատրվում ձեզ հանել մեր պլանից որևէ առողջական պատճառով 349

G. Ձեր բողոք ներկայացնելու իրավունքը՝ մեր կողմից պլանին ձեր անդամակցության դադարեցման դեպքում 349

H. Ինչպես լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ պլանին ձեր անդամակցության դադարեցման վերաբերյալ 349

A. Երբ կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանին

Medicare պլանում գրանցված մարդկանց մեծամասնությունը կարող է դադարեցնել իրենց անդամակցությունը տարվա որոշակի ժամանակահատվածում: Քանի որ դուք ունեք Medi-Cal, դուք ունեք որոշ ընտրություններ՝ դադարեցնելու ձեր անդամակցությունը մեր պլանին տարվա ցանկացած ամսի:

Բացի այդ, դուք կարող եք մեր պլանին ձեր անդամակցությունը դադարեցնել ամեն տարի հետևյալ ժամանակահատվածներում՝

- Բաց գրանցման ժամանակահատված, որը տևում է հոկտեմբերի 15-ից դեկտեմբերի 7-ը: Այս ժամանակահատվածում նոր պլան ընտրելու դեպքում մեր պլանին ձեր անդամակցությունն ավարտվում է դեյտեմբերի 31-ին, և ձեր անդամակցությունը նոր պլանին սկսվում է հունվարի 1-ին:
- **Medicare Advantage (MA)** բաց գրանցման ժամանակահատված, որը տևում է հունվարի 1-ից մարտի 31-ը, իսկ մեր պլանում գրանցված Medicare-ի նոր շահառուների համար՝ Մաս A-ի և Մաս B-ի շրջանակներում իրավասության հաստատման ամսից մինչև իրավասության 3-րդ ամսվա վերջին օրը: Այս ժամանակահատվածում նոր ապահովագրական պլան ընտրելու դեպքում, ձեր անդամակցությունը դրան կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրը:

Կարող են լինել այլ իրավիճակներ, երբ դուք իրավունք կունենաք փոփոխություն կատարելու ձեր գրանցման հետ կապված: Օրինակ՝

- եթե տեղափոխվեք մեր սպասարկման տարածքից,
- Medi-Cal-ի կամ Լրացուցիչ օգնության ծառայություններ ստանալու ձեր իրավասությունը փոխվի, կամ
- եթե դուք վերջերս եք տեղափոխվել, ներկայումս խնամք եք ստանում կամ պարզապես տեղափոխվել եք ծերանոցից կամ երկարաժամկետ խնամքի հիվանդանոցից:

Ձեր անդամակցությունն ավարտվում է այն ամսվա վերջին օրը, երբ ստանանք մեր պլանից դուրս գալու ձեր հայցը: Օրինակ՝ եթե ձեր հայցը ստանանք հունվարի 18-ին, ձեր փոխհատուցումը կավարտվի հունվարի 31-ին: Եթե այլ պլանում գրանցվեք, ձեր նոր փոխհատուցումը կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրը (այս օրինակում՝ փետրվարի 1-ին):

Եթե դուրս գաք մեր պլանից, դուք հնարավորություն կունենաք տեղեկանալու՝

- Medicare տարբերակներ Բաժին Գ**1**-ի աղյուսակում:
- Medi-Cal տարբերակներ և ծառայություններ Բաժին Գ**2**-ում:

Դուք կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ այն մասին, թե ինչպես կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը՝ զանգահարելով՝

- Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով: TTY օգտվողների հեռախոսահամարը նույնպես նշված է:

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:
- Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP)՝ 1-800-434-0222, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 08 a.m.-5 p.m., TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր մոտակայքում տեղական HICAP գրասենյակ գտնելու համար այցելեք https://www.aging.ca.gov/HICAP:
- Health Care Options՝ 1-800-430-4263, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 08 a.m.-6 p.m, TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal-ի կողմից կառավարվող խնամքի օմբուդսմեն՝ 1-888-452-8609, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 08 a.m.-5 p.m, կամ էլ. փոստով՝ MMCDOmbudspersonOffice@dhcs.ca.gov:

Նշում.Եթե դուք Դեղերի կառավարման ծրագրում (DMP) եք, հնարավոր է՝ չկարողանաք փոխել պլանները: Տե՛ս այս Անդամի ձեռնարկի Գլուխ **5**-ը դեղերի կառավարման ծրագրերի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

B. Ինչպես դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանին

Եթե որոշեք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը, կարող եք դա անել՝ գրանցվելով այլ Medicare պլանում կամ անցնելով Original Medicare-ին: Այնուամենայնիվ, եթե դուք ցանկանում եք անցնել մեր պլանից Original Medicare-ին, բայց դուք չեք ընտրել Medicare դեղերի առանձին պլան, դուք պետք է խնդրեք, որ ձեզ դուրս հանեն մեր պլանից: Գոյություն ունի անդամակցությունից դուրս գալու երկու եղանակ.

- Դուք կարող եք մեզ գրավոր հարցում կատարել: Կապվեք Անդամների սպասարկման ծառայության հետ այս էջի ներքևում գտնվող հեռախոսահամարով, եթե դա անելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք:
- Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները (լսողության և խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձինք) պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: 1-800-MEDICARE զանգահարելով՝ կարող եք նաև գրանցվել Medicare-ի մեկ այլ առողջապահական կամ դեղորայքային պլանում: Մեր պլանից դուրս գալիս ձեր Medicare ծառայությունները ստանալու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունները ներկայացված են Բաժին Գ**1**-ի աղյուսակում:
- Զանգահարեք Health Care Options՝ 1-800-430-4263, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 08 a.m.-6 p.m: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով:
- Բաժին Գ-ն ստորև ներկայացնում է այլ պլանում գրանցվելու համար անհրաժեշտ քայլերը, ինչի արդյունքում կավարտվի նաև ձեր անդամակցությունը մեր պլանին:

C. Ինչպես ստանալ **Medicare** և **Medi-Cal** ծառայություններ՝ առանձին

Դուք ունեք Medicare և Medi-Cal ծառայություններ ստանալու ընտրության հնարավորություն մեր պլանից դուրս գալու դեպքում:

C1. Ձեր **Medicare** ծառայությունները

Դուք ունեք երեք տարբերակ՝ ստորև նշված Medicare-ի ծառայությունները տարվա ցանկացած ամսին ստանալու համար: Դուք ունեք ստորև նշված լրացուցիչ տարբերակը տարվա որոշակի ժամանակահատվածներում՝ ներառյալ Բաց գրանցման ժամանակահատվածը և **Medicare Advantage** Բաց գրանցման ժամանակահատվածը կամ Բաժին Ա-ում նշված այլ իրավիճակներ: Ընտրելով այս տարբերակներից մեկը՝ դուք ավտոմատ կերպով դուրս եք գալիս մեր պլանից:

1. Դուք կարող եք անցնել՝ **Medicare Medi-Cal** պլանի **(Medi-Medi Plan)**, որ **Medicare Advantage** պլանի տեսակ է: Այն նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն և՛ **Medicare**, և՛ **Medi-Cal**, և միավորում է **Medicare**-ի և **Medi-Cal**-ի նպաստները մեկ պլանի մեջ: **Medi-Medi** պլանները համակարգում են երկու ծրագրերի բոլոր նպաստներն ու ծառայությունները՝ ներառյալ **Medicare**-ի և **Medi-Cal**-ի կողմից փոխհատուցվող բոլոր ծառայությունները կամ Տարեցների համար նախատեսված համալիր խնամքի պլանը **(PACE)**, եթե դուք համապատասխանում եք պահանջներին: Նշում. Medi-Medi պլան տերմինը Կալիֆոռնիայում ինտեգրված երկակի իրավասու հատուկ կարիքների պլանների (D-SNP-ներ) անվանումն է:	Ահա ինչ է պետք անել. Զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Տարեցների համար նախատեսված համալիր խնամքի ծրագրի (PACE) հարցումների համար զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223) հեռախոսահամարով: Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ՝ • Զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP) 1-800-434-0222, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 08:00-17:00, TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր մոտակայքում տեղական HICAP գրասենյակ գտնելու համար այցելեք https://www.aging.ca.gov/HICAP: ԿԱՄ Գրանցվեք նոր Medi-Medi պլանում: Երբ ձեր նոր պլանի փոխհատուցումը սկսվի, դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք մեր պլանից: Ձեր Medi-Cal պլանը կփոխվի՝ ձեր Medi-Medi պլանին համապատասխանելու համար:

2. Դուք կարող եք անցնել՝ **Original Medicare**-ի՝ առանձին **Medicare** դեղորայքային պլանով, և **Medi-Cal** պլանի:	Ահա ինչ է պետք անել. Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ՝ • Զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 08:00-17:00: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր մոտակայքում տեղական HICAP գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/HICAP/: ԿԱՄ Գրանցվեք Medicare-ի դեղորայքային նոր պլանում: Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք մեր պլանից, երբ սկսվի ձեր Original Medicare-ի փոխհատուցումը: Դուք կմնաք գրանցված ձեր Medi-Cal պլանում, եթե իհարկե չընտրեք այլ պլան:

3. Դուք կարող եք անցնել՝ **Original Medicare**-ի՝ առանց առանձին **Medicare** դեղորայքային պլանի, եթե ունեք պլանից դուրս գալու հիմնավոր պատճառ Նշում. Եթե դուք անցնում եք Original Medicare-ին և չեք գրանցվում Medicare-ի առանձին դեղորայքային պլանում, Medicare-ը կարող է գրանցել ձեզ դեղորայքային պլանում, եթե դուք Medicare-ին չհայտնեք, որ չեք ցանկանում միանալ: Դուք պետք է հրաժարվեք դեղորայքային փոխհատուցումից միայն այն դեպքում, եթե դեղորայքային փոխհատուցում ունեք այլ աղբյուրից, օրինակ՝ գործատուից կամ արհմիությունից: Եթե հարցեր ունեք՝ արդյոք ձեզ պետք է դեղորայքային փոխհատուցում, զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP)՝ 1-800-434-0222, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 08:00-17:00: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր մոտակայքում տեղական HICAP գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/HICAP/:	Ահա ինչ է պետք անել. Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ՝ • Զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 08:00-17:00: TTY-իվ օգտվողները պետք է զանգահարեն 711 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր մոտակայքում տեղական HICAP գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/HICAP/: Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք մեր ծրագրից, երբ սկսվի ձեր Original Medicare-ի փոխհատուցումը: Դուք կմնաք գրանցված ձեր Medi-Cal պլանում, եթե իհարկե չընտրեք այլ պլան:

4. Դուք կարող եք անցնել՝ **Medicare-**ի ցանկացած առողջապահական պլանի տարվա որոշակի ժամանակահատվածներում՝ ներառյալ Բաց գրանցման ժամանակահատվածը և **Medicare Advantage** Բաց գրանցման ժամանակահատվածը կամ Բաժին Ա-ում նշված այլ իրավիճակներ:	Ահա ինչ է պետք անել. Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Տարեցների համար նախատեսված համալիր խնամքի ծրագրի (PACE) հարցումների համար զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223) հեռախոսահամարով: Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ՝ • Զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 08:00-17:00: TTY-իվ օգտվողները պետք է զանգահարեն 711 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր մոտակայքում տեղական HICAP գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/HICAP/: ԿԱՄ Գրանցվեք Medicare-ի նոր պլանում: Երբ ձեր նոր պլանի ապահովագրությունը սկսվի, դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք մեր պլանից: Ձեր Medi-Cal պլանը կարող է փոխվել:

C2. Ձեր **Medi-Cal** ծառայությունները

Եթե ցանկանում եք տեղեկանալ, թե ինչպես պետք է ստանաք Medi-Cal-ի ծառայություններ, երբ դուրս գաք մեր պլանից, կապվեք Health Care Options՝ 1-800-430-4263 երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժամը 08:00-18:00: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով: Կամ այցելեք www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en: Հարցրեք, թե ինչպես է մեկ այլ պլանին միանալը կամ Original Medicare պլանին վերադարձը ազդում ձեր Medi-Cal-ի փոխհատուցման վրա:

D. Ձեր բժշկական պարագաները, ծառայությունները և դեղերը մինչև մեր պլանին ձեր անդամակցության ավարտը

Եթե դուրս գաք մեր պլանից, կարող է ժամանակ պահանջվել, մինչև ձեր անդամակցությունն ավարտվի և սկսվի նոր Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրությունը: Այս ընթացքում դուք շարունակում եք ստանալ ձեր դեղերը և առողջապահական խնամքը մեր պլանով, մինչև սկսվի ձեր նոր պլանը:

- Բժշկական օգնություն ստանալիս օգտվեք մեր ցանցի մատակարարների ծառայություններից:
- Օգտվեք մեր ցանցի դեղատներից, այդ թվում՝ փոստային պատվերի միջոցով դեղատնային ծառայություններից, որպեսզի ստանաք ձեր դեղատոմսով նշանակված դեղերը:
- Եթե դուք հոսպիտալացվել եք այն օրը, երբ ձեր անդամակցությունը Kaiser Permanente Dual Complete պլանին ավարտվել է, ապա մեր պլանը կփոխհատուցի ձեր հիվանդանոցում մնալու ծախսերը՝ մինչև ձեր դուրս գրվելը: Դա տեղի կունենա նույնիսկ եթե ձեր առողջական ապահովագրության նոր պլանը սկսվի նախքան դուրս գրվելը:

E. Այլ իրավիճակներ, երբ մեր պլանին ձեր անդամակցությունը դադարում է

Սրանք այն դեպքերն են, երբ պետք է դադարեցնենք մեր պլանին ձեր անդամակցությունը.

- Եթե Medicare-ի Մաս A-ի և Medicare-ի Մաս B-ի ձեր փոխհատուցման միջև ընդմիջում կա:
- Եթե ձեզ այլևս չի հասնում Medi-Cal պլանը: Մեր պլանը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր համապատասխանում են և՛ Medicare-ին և՛ Medi-Cal-ին: Նշում. Եթե այլևս չեք համապատասխանում Medi-Cal-ից օգտվելու պահանջներին, կարող եք ժամանակավորապես շարունակել մեր պլանում ստանալ Medicare-ի նպաստները, խնդրում ենք տեսնել ստորև բերված տեղեկությունները հաշվարկման ժամկետի վերաբերյալ: Եթե դուք այլևս չեք համապատասխանում Medi-Cal-ի պահանջներին, մենք ձեզ գրավոր կտեղեկացնենք, որ դուք ունեք չորս ամիս արտոնյալ ժամկետ Medi-Cal-ի իրավասությունը վերականգնելու համար, նախքան ձեզ Kaiser Permanente Dual Complete պլանից դուրս գալու պահանջ ներկայացնելը: Ձեր Kaiser Permanente Dual Complete պլանի դադարեցումից առաջ մենք կապ կհաստատենք ձեզ հետ՝ հնարավորություն տալու գրանցվել մեր որևէ այլ Medicare Advantage պլանում: Այս պլանների նպաստները և ձեր գրպանից արվող ծախսերը կարող են տարբերվել Kaiser Permanente Dual Complete պլանից:
- Եթե տեղափոխվում եք մեր սպասարկման տարածքից:

- Եթե դուք բացակայում եք մեր սպասարկման տարածքից ավելի քան վեց ամիս:
    - Եթե տեղափոխվում եք կամ երկարատև ճանապարհորդության եք մեկնում, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ պարզելու համար՝ այն վայրը, ուր տեղափոխվում կամ ուղևորվում եք, գտնվու՞մ է մեր պլանի սպասարկման տարածքում:
- Եթե ձեզ ձերբակալում են քրեական հանցագործության համար:
- Եթե դուք ստում կամ թաքցնում եք ձեր այլ դեղորայքային փոխհատուցումը:
- Եթե Միացյալ Նահանգների քաղաքացի, քաղաքացիություն չունեցող ԱՄՆ քաղաքացի կամ իրավասու ոչ քաղաքացի չեք:
    - Պետք է լինեք Միացյալ Նահանգների քաղաքացի, քաղաքացիություն չունեցող ԱՄՆ քաղաքացի կամ իրավասու ոչ քաղաքացի՝ մեր պլանին անդամակցելու համար:
    - Medicare-ի և Medicaid-ի ծառայությունների կենտրոնները (CMS) մեզ ծանուցում են, որ դուք իրավասու չեք մնալու մեր պլանի անդամ այս հիմքերով:
    - Եթե դուք չեք բավարարում այս պահանջը, մենք պետք է հեռացնենք ձեզ:

Եթե կորցնեք ձեր Medi-Cal -ի իրավասությունը, սակայն ակնկալվում է, որ կվերականգնեք այն չորս ամսվա ընթացքում, մենք կշարունակենք տրամադրել Kaiser Permanente Dual Complete-ի կողմից փոխհատուցվող Medicare-ի բոլոր նպաստները: Երբ ձեր Medi-Cal -ի փոխհատուցումն ավարտվի, մենք չենք վճարի Medi-Cal-ի ձեր նպաստների համար: Kaiser Permanente Dual Complete-ով փոխհատուցվողնպաստների համարձեր ծախսերի բաշխման չափը կփոխվի, ինչպես նկարագրված է սույնԱնդամի ձեռնարկիՆպաստների աղյուսակում: Դուք կարող եք նաև կորցնել Medicare-ի լրացուցիչ օգնությունը, որը կօգնի վճարել ձեր Medicare Մաս D դեղերի համար:

Եթե մեզ մոտ Medicare-ի ձեր փոխհատուցման դեռ գրանցված լինելու ընթացքում վերականգնվի Medi-Cal-ի ձեր իրավասությունը, մենք կվերսկսենք վճարել ձեր Medi-Cal նպաստների համար, և ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրում կշարունակվի: Եթե չկարողանաք վերականգնել Medi-Cal-ը չորս ամսվա ընթացքում, մենք կդադարեցնենք ձեր գրանցումը Kaiser Permanente Dual Complete-ում: Եթե գրանցումից դուրս գալուց հետո վերականգնեք Medi-Cal-ի իրավասությունը, ծրագրում կրկին գրանցվելու համար անհրաժեշտ կլինի կապվել մեզ հետ:

Մենք կարող ենք ձեզ ստիպել դուրս գալ մեր պլանից հետևյալ պատճառներով միայն այն դեպքում, եթե նախ թույլտվություն ստանանք Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից՝

- Եթե դուք միտումնավոր սխալ տեղեկություններ եք տրամադրում մեզ, երբ գրանցվում եք մեր պլանում, և այդ տեղեկատվությունը ազդում է մեր պլանից օգտվելու ձեր իրավասության վրա:
- Եթե շարունակ այնպիսի պահվածք եք դրսևորում, որը խանգարում է մեր աշխատանքին և դժվարացնում է ձեզ և մեր պլանի այլ անդամներին բժշկական օգնության ցուցաբերումը:

- Եթե թույլ եք տալիս այլ անձանց օգտագործել ձեր Անդամի ID քարտը՝ բժշկական օգնություն ստանալու համար: (Medicare-ը կարող է պահանջել Գլխավոր տեսուչից հետաքննել ձեր գործը, եթե մենք դադարեցնենք ձեր անդամակցությունն այս պատճառով):

F. Կանոններ, որոնցով չի թույլատրվում ձեզ հանել մեր պլանից որևէ առողջական պատճառով

Մենք չենք կարող պահանջել ձեզնից դուրս գալ մեր պլանից՝ ձեր առողջության հետ կապված որևէ պատճառով: Եթե կարծում եք, որ մենք պահանջում ենք ձեզնից դուրս գալ մեր պլանից որևէ առողջական պատճառով, զանգահարեք **Medicare**՝ 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:

G. Ձեր բողոք ներկայացնելու իրավունքը՝ մեր կողմից պլանին ձեր անդամակցության դադարեցման դեպքում

Եթե մենք դադարեցնենք ձեր անդամակցությունը մեր պլանին, մենք պետք է գրավոր տեղեկացնենք ձեր անդամակցությունը դադարեցնելու մեր պատճառները: Մենք պետք է նաև բացատրենք, թե ինչպես կարող եք բողոք ներկայացնել ձեր անդամակցությունը դադարեցնելու մեր որոշման դեմ: Բողոք ներկայացնելու վերաբերյալ մանրամասների համար տե՛ս այս Անդամի ձեռնարկի Գլուխ **9**-ը:

H. Ինչպես լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ պլանին ձեր անդամակցության դադարեցման վերաբերյալ

Եթե հարցեր ունեք կամ ցանկանում եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ անդամակցության դադարեցման վերաբերյալ, կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն այս էջի ներքևում գտնվող համարով:

Գլուխ **11**. Իրավական ծանուցումներ

Ներածություն

Այս գլխում ներկայացված են մեր պլանին ձեր անդամակցությանը առնչվող իրավական ծանուցումները: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով այս Անդամի ձեռնարկի վերջին գլխում:

Գլուխ **11** Բովանդակություն

A. Ծանուցում օրենքների մասին 352

B. Խտրականության բացառման մասին դաշնային ծանուցում 352

C. Medi-Cal-ի համար խտրականության արգելքի մասին ծանուցում 352

D. Ծանուցում Medicare-ի՝ որպես երկրորդ վճարողի և Medi-Cal-ի՝ որպես վերջին տարբերակի վճարողի մասին 354

E. Medi-Cal-ի կողմից ունեցվածքի հաշվին փոխհատուցման մասին ծանուցում 354

F. Այս Անդամի ձեռնարկի կիրառումը 355

G. Հայցեր և դիմումներ 355

H. Հանձնառություն 355

I. Փաստաբանի և պաշտպանի ծառայությունների համար ծախսեր....355

J. Նպաստների համակարգում 355

K. Գործատուի պարտավորություն 356

L. Անդամի ձեռնարկի դրույթները պարտադիր են անդամների համար....356

M. Պետական մարմնի պարտավորություն....356

N. Անդամին պատասխանատվությունից ազատում....356

O. Իրավունքների պահպանում 356

P. Ծանուցումներ....356

Q. Գերավճարի վերադարձ....357

R. Երրորդ կողմի պատասխանատվություն 357

S. ԱՄՆ Վետերանների գործերի վարչություն 358

T. Աշխատողների փոխհատուցման կամ գործատուի պատասխանատվության նպաստներ....359

U. Փոխնակ մայրություն....359

V. Պարտադիր արբիտրաժ....359

A. Ծանուցում օրենքների մասին

Բազմաթիվ օրենքներ են կիրառվում այս Անդամի ձեռնարկի նկատմամբ: Այս օրենքները կարող են ազդել ձեր իրավունքների և պարտականությունների վրա, անգամ եթե օրենքները ներառված կամ բացատրված չեն այս Անդամի ձեռնարկում: Գործող հիմնական օրենքները դաշնային և նահանգային օրենքներն են Medicare և Medi-Cal ծրագրերի վերաբերյալ: Կարող են կիրառվել նաև այլ դաշնային և նահանգային օրենքներ:

B. Խտրականության բացառման մասին դաշնային ծանուցում

Մենք չենք ցուցաբերում խտրականություն՝ կապված ձեր ռասայի, էթնիկ պատկանելության, ազգային պատկանելության, մաշկի գույնի, կրոնի, սեռի, տարիքի, մտավոր կամ ֆիզիկական հաշմանդամության, առողջական վիճակի, բողոքների ներկայացման, բժշկական պատմության, գենետիկական տեղեկատվության, ապահովագրության իրավասության ապացույցների կամ ծառայությունների մատուցման տարածաշրջանում ձեր բնակության աշխարհագրական դիրքի հետ: Medicare Advantage-ի պլաններ տրամադրող բոլոր կազմակերպությունները, ինչպես մեր պլանը, պարտավոր են պահպանել խտրականության դեմ ուղղված դաշնային օրենքները, այդ թվում՝ 1964 թվականի Քաղաքացիական իրավունքների մասին օրենքի VI վերնագիրը, 1973 թվականի Վերականգնման մասին օրենքը, 1975 թվականի Տարիքային խտրականության մասին օրենքը (Age Discrimination Act), Հաշմանդամություն ունեցող ամերիկացիների մասին օրենքը, Մատչելի խնամքի մասին օրենքի 1557-րդ բաժինը, ինչպես նաև դաշնային ֆինանսավորում ստացող կազմակերպությունների նկատմամբ կիրառվող մյուս բոլոր օրենքները և ցանկացած այլ օրենք ու կանոնակարգ, որը կիրառելի է այլ հիմքերով:

Եթե ցանկանում եք ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ կամ մտահոգություններ ունեք խտրականության կամ անարդար վերաբերմունքի հետ կապված՝

- Զանգահարեք Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019: TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք նաև այցելել visit hhs.gov/ocr/index.html:

C. **Medi-Cal**-ի համար խտրականության արգելքի մասին ծանուցում

Մենք չենք ցուցաբերում խտրական կամ այլ վերաբերմունք՝ կապված ձեր ռասայի, էթնիկ պատկանելության, ազգային պատկանելության, մաշկի գույնի, կրոնի, սեռի, տարիքի, մտավոր կամ ֆիզիկական հաշմանդամության, առողջական վիճակի, բողոքների ներկայացման, բժշկական պատմության, գենետիկական տեղեկատվության, ապահովագրության իրավասության ապացույցների կամ ծառայությունների մատուցման տարածաշրջանում ձեր բնակության աշխարհագրական դիրքի հետ: Բացի այդ, մենք անօրինական կերպով խտրականություն չենք դնում, չենք բացառում կամ այլ կերպ չենք վերաբերվում մարդկանց՝ նրանց ծագման, էթնիկ խմբի պատկանելության, գենդերային ինքնության, ամուսնական կարգավիճակի կամ առողջական խնդրի հիմքով:

Եթե ցանկանում եք ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ կամ մտահոգություններ ունեք խտրականության կամ անարդար վերաբերմունքի հետ կապված՝

- Զանգահարեք Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել 711 հեռախոսահամարով (հեռատիպ): Եթե կարծում եք, որ ձեր նկատմամբ խտրականություն է դրսևորվել և ցանկանում եք խտրականության վերաբերյալ բողոք ներկայացնել, կապվեք հետևյալի հետ՝
- Հեռախոսով. Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (բացի տոնական օրերից):
- Փոստով. Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին և պահանջեք ուղարկել ձևաթուղթը:
- Անձամբ. Լրացրեք Բողոքի կամ Նպաստի հայցի/խնդրանքի ձևաթուղթն անդամների սպասարկման գրասենյակում, որը գտնվում է պլանի հաստատություններում (հասցեները կգտնեք ձեր Մատակարարների և դեղատների հասցեագրքումկամ kp.org/facilities կայքում):
- Առցանց. Լրացրեք առցանց ձևաթուղթը մեր kp.org կայքում:
- Կարող եք նաև կապվել Kaiser Permanente Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողների հետ անմիջապես ստորև նշված հասցեներով.

  Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
  Member Relations Grievance Operations
  P.O. Box 939001
  San Diego CA 92193

Եթե ձեր բողոքը վերաբերում է Medi-Cal ծրագրում խտրականության դրսևորմանը, կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Առողջապահական խնամքի ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով.

- Հեռախոսով. Զանգահարեք 916-440-7370: Եթե լսողության կամ խոսքի գետ կապված խնդիրներ ունեք, զանգահարեք 711 (հեռատիպ):
- Գրավոր. Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք՝

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Բողոքի ձևաթղթերը հասանելի են այստեղ՝ dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx:

- Էլեկտրոնային եղանակով. Ուղարկեք էլ. նամակ՝ CivilRights@dhcs.ca.gov:

Եթե ունեք հաշմանդամություն և օգնության կարիք ունեք՝ առողջապահական ծառայություններից կամ մատակարարի ծառայություններից օգտվելու համար, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Եթե ունեք որևէ բողոք, օրինակ՝ անվասայլակի հասանելիության հետ կապված, Անդամների սպասարկման բաժնում ձեզ կարող են օգնել:

D. Ծանուցում **Medicare**-ի՝ որպես երկրորդ վճարողի և **Medi-Cal**-ի՝ որպես վերջին տարբերակի վճարողի մասին

Երբեմն մեկ ուրիշը պետք է վճարի մեր կողմից ձեզ տրամադրվող ծառայությունների համար: Օրինակ, եթե դուք ճանապարհատրանսպորտային պատահարի եք ենթարկվել, կամ եթե վնասվածք եք ստացել աշխատավայրում, ապահովագրությունը կամ Աշխատողների փոխհատուցման ապահովագրությունը պետք է առաջինը վճարի:

Մենք իրավունք ունենք և պարտավոր ենք հետ վերցնել փոխհատուցվող Medicare ծառայությունների վճարը, որոնց համար Medicare-ը առաջին վճարողը չէ:

Մենք հետևում ենք դաշնային և նահանգային օրենքներին և կանոնակարգերին, որոնք վերաբերում են երրորդ կողմերի իրավական պարտավորություններին՝ անդամներին տրամադրվող առողջապահական խնամքի ծառայությունների հետ կապված: Մենք պետք է միշտ համոզված լինենք, որ Medi-Cal-ը վերջին տարբերակն է, որը պետք է վճարումը կատարի:

Medi-Cal անդամները պետք է օգտագործեն բոլոր մյուս առողջական ապահովագրությունները Medi-Cal-ից առաջ, երբ նույն ծառայությունը հասանելի է ձեր առողջական ապահովագրության շրջանակներում, քանի որ Medi-Cal-ը վերջին տարբերակի վճարողն է: Սա նշանակում է, որ դեպքերի մեծ մասում Medi-Cal-ը կլինի Medicare OHC-ի երկրորդական վճարողը, որը կփոխհատուցի մեր ծրագրի կամ այլ OHC-ի կողմից չվճարված թույլատրելի ծախսերը մինչև Medi-Cal-ի դրույքաչափը:

E. **Medi-Cal**-ի կողմից ունեցվածքի հաշվին փոխհատուցման մասին ծանուցում

Medi-Cal պլանը պետք է փոխհատուցում պահանջի որոշ մահացած անդամների կտակած գույքից Medi-Cal նպաստների համար, որոնք ստացվել են նրանց 55-ամյակի օրը կամ դրանից հետո: Վճարումը ներառում է Ծառայության վճար և կառավարվող խնամքի հավելավճարներ/կապիտալ վճարումներ բուժքույրական հաստատության ծառայությունների, տնային և համայնքային ծառայությունների և հարակից հիվանդանոցային և դեղատոմսով դեղերի ծառայությունների համար, որոնք ստացվել են, երբ անդամը ստացիոնար բուժքույրական հաստատությունում էր կամ տնային և համայնքային ծառայություններ էր ստանում: Վճարումը չի կարող գերազանցել անդամի կտակած գույքի արժեքը:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Առողջապահական խնամքի ծառայությունների վարչության՝ ունեցվածքի հաշվին փոխհատուցման կայք՝ **dhcs.ca.gov** or call 916-650-0590:

F. Այս Անդամի ձեռնարկի կիրառումը

Մենք կարող ենք ընդունել ողջամիտ քաղաքականություններ, ընթացակարգեր և մեկնաբանություններ՝ այս Անդամի ձեռնարկի կանոնավոր և արդյունավետ կիրառմանը նպաստելու նպատակով:

G. Հայցեր և դիմումներ

Դուք պարտավոր եք լրացնել ցանկացած հայց, ձևաթուղթ կամ դիմում, որը մենք պահանջում ենք մեր բնականոն գործունեության ընթացքում կամ որը նախատեսված է սույն Անդամի ձեռնարկով:

H. Հանձնառություն

Դուք չեք կարող այս Անդամի ձեռնարկը կամ պայմանագրից բխող ձեր իրավունքները, շահերը, ֆինանսական պահանջները, նպաստները կամ պարտավորությունները փոխանցել մեկ ուրիշի, եթե մենք նախապես գրավոր համաձայնություն չենք տվել:

I. Փաստաբանի և պաշտպանի ծառայությունների համար ծախսեր

Անդամի և Առողջապահական պլանի, Medical Group-ի կամ Kaiser Foundation Hospitals-ի միջև որևէ վեճի դեպքում յուրաքանչյուր կողմ ինքն է հոգում իր վճարներն ու ծախսերը, ներառյալ՝ փաստաբանի վարձերը, իրավական ներկայացուցչի վճարները և այլ ծախսերը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ օրենքը այլ բան է պահանջում:

J. Նպաստների համակարգում

Եթե ունեք այլ ապահովագրություն, այն պետք է օգտագործեք Kaiser Permanente Dual Complete Plan-ի շրջանակում ձեր ունեցած փոխհատուցման հետ միասին՝ ձեր ստացած խնամքի համար վճարելու նպատակով: Սա կոչվում է «նպաստների համակարգում», քանի որ այն ենթադրում է ձեզ հասանելի բոլոր առողջապահական նպաստների համակարգում: Դուք կստանաք ձեր փոխհատուցվող խնամքը ինչպես միշտ ցանցի մատակարարների կողմից, իսկ ձեր ունեցած մյուս ապահովագրությունը պարզապես կօգնի վճարել ձեր ստացած խնամքի համար:

Եթե ձեր մյուս ապահովագրությունը հիմնական վճարողն է, ապա սովորաբար այն իր վճարման մասը անմիջապես մեզ կվճարի, և դուք ստիպված չեք լինի այդ գործընթացում ներգրավվել: Այնուամենայնիվ, եթե հիմնական ապահովագրական ծածկույթի ձեր պարտքը ուղարկվում է անմիջապես ձեզ, Medicare-ի օրենքով ձեզանից պահանջվում է, որպեսզի դուք վճարումը կատարեք մեզ: Երրորդ կողմի պատասխանատվության իրավիճակներում հիմնական վճարումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս գլխի Բաժին Ճ-ն, իսկ աշխատողների փոխհատուցման դեպքերում հիմնական վճարումների վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս այս գլխի Բաժին Յ-ն:

Դուք պետք է մեզ տեղեկացնեք, եթե ունեք այլ բժշկական ապահովագրություն, և մեզ հայտնեք ձեր լրացուցիչ ապահովագրության ցանկացած փոփոխության մասին:

K. Գործատուի պարտավորություն

Այն ծառայությունների համար, որոնք օրենքով պարտավոր է տրամադրել գործատուն, մենք գործատուին չենք վճարի: Իսկ եթե մենք այնուամենայնիվ փոխհատուցենք նման ծառայությունները, կարող ենք գործատուից հետ պահանջել այդ ծառայությունների արժեքը:

L. Անդամի ձեռնարկի դրույթները պարտադիր են անդամների համար

Ընտրելով այս փոխհատուցումը կամ ընդունելով այս Անդամի ձեռնարկով նախատեսված նպաստները՝ բոլոր այն անդամները, ովքեր օրենքով իրավասու են պայմանագիր կնքելու, ինչպես նաև պայմանագիր կնքելու իրավասություն չունեցող անդամների օրինական ներկայացուցիչները, համաձայնում են սույն Անդամի ձեռնարկի բոլոր դրույթներին:

M. Պետական մարմնի պարտավորություն

Այն ծառայությունների համար, որոնք օրենքով պահանջվում է տրամադրել բացառապես պետական մարմնի կողմից կամ ստանալ բացառապես պետական մարմնից, մենք պետական մարմնին չենք վճարի, իսկ եթե մենք այնուամենայնիվ փոխհատուցենք նման ծառայությունները, կարող ենք պետական մարմնից հետ պահանջել այդ ծառայությունների արժեքը:

N. Անդամին պատասխանատվությունից ազատում

Մեր պայմանագրերը ցանցի մատակարարների հետ նախատեսում են, որ դուք պատասխանատվություն չեք կրում այն գումարների համար, որոնք մենք պարտավոր ենք վճարել նրանց: Այնուամենայնիվ, դուք պատասխանատվություն եք կրում ցանցի և արտացանցից մատակարարների կողմից տրամադրված չփոխհատուցվող ծառայությունների ծախսերի համար:

O. Իրավունքների պահպանում

Այն, որ մենք չենք կիրառում կամ չենք պահանջում սույն Անդամի ձեռնարկի որևէ դրույթի կատարումը, չի նշանակում, որ մենք հրաժարվել ենք այդ դրույթից կամ որևէ այլ դրույթից, և չի սահմանափակում մեր իրավունքը հետագայում ձեզանից պահանջելու ցանկացած դրույթի խիստ կատարումը:

P. Ծանուցումներ

Ձեզ ուղղված մեր ծանուցումները կուղարկվեն մեր մոտ առկա ձեր ամենավերջին հասցեին: Դուք պատասխանատու եք ձեր հասցեի ցանկացած փոփոխության մասին մեզ ծանուցելու համար: Տեղափոխվելու դեպքում խնդրում ենք հնարավորինս շուտ զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին (հեռախոսահամարները նշված են այս գրքույկի հետևի մասում) և Սոցիալական ապահովություն՝ 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778), որպեսզի տեղեկացնեք ձեր հասցեի փոփոխության մասին:

Q. Գերավճարի վերադարձ

Մենք կարող ենք հետ պահանջել մեր կողմից կատարված գերածախսը ցանկացած այն անձից, ով ստացել է այդ գերածախսը, կամ այն անձից կամ կազմակերպությունից, որը պարտավոր է վճարել այդ ծառայությունների համար:

R. Երրորդ կողմի պատասխանատվություն

Ձեզ վնասվածք կամ հիվանդություն պատճառող երրորդ կողմերը (և/կամ նրանց ապահովագրական ընկերությունները) սովորաբար պետք է առաջինը վճարեն՝ նախքան Medicare-ը կամ մեր ծրագիրը: Հետևաբար, մենք իրավունք ունենք պահանջելու այդ առաջնային վճարումները: Եթե դուք դատական վճիռ կամ համաձայնության եք ստանում երրորդ կողմից կամ նրա անունից, որը, ենթադրաբար, պատճառել է այն վնասվածքը կամ հիվանդությունը, որի համար դուք ստացել եք ապահովագրվող ծառայություններ, դուք պետք է ապահովեք, որ մենք փոխհատուցում ստանանք այդ ծառայությունների համար:

Նշում. այն «Երրորդ կողմի պատասխանատվություն» բաժինը չի ազդում այդ ծառայությունների համար ձեր կողմից ծախսաբաժնի վճարման պարտավորության վրա:

Օրենքով թույլատրված կամ պահանջվող չափով՝ մենք ստանձնում ենք ձեր ունեցած բոլոր պահանջների, հայցերի հիմքերի և այլ իրավունքների իրավասությունը երրորդ կողմի կամ ապահովագրողի, պետական ծրագրի կամ ապահովագրության այլ աղբյուրի նկատմամբ՝ վնասվածքի կամ հիվանդության համար դրամական վնասների հատուցման, փոխհատուցման կամ վնասի հատուցման պահանջների մասով, երբ ենթադրվում է, որ այդ վնասվածքը կամ հիվանդությունը պատճառվել է երրորդ կողմի կողմից: Մենք այդ իրավունքների իրավահաջորդը կհանդիսանանք այն պահից, երբ ձեզ կամ ձեր փաստաբանին փոստով ուղարկենք կամ հանձնենք գրավոր ծանուցում այն մասին, որ օգտվում ենք այս իրավունքից:

Մեր իրավունքներն ապահովելու նպատակով մենք կունենանք գրավի իրավունք և փոխհատուցման իրավունք այն դատական վճռի կամ համաձայնության արդյունքում ստացված գումարների նկատմամբ, որոնք դուք կամ մենք ստանում ենք երրորդ կողմից, եթե այդ դատական վճռի կամ համաձայնության արդյունքում ստացվում են գումարներ այլ տեսակի ապահովագրությունից, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով՝ պատասխանատվության ապահովագրությամբ, չապահովագրված վարորդի ապահովագրությամբ, թերապահովագրված վարորդի ապահովագրությամբ, անձնական հովանոցային ապահովագրությամբ, աշխատողների փոխհատուցմամբ, անձնական վնասվածքի ապահովագրությամբ, բժշկական ծախսերի ապահովագրությամբ և առաջին կողմի ապահովագրության այլ տեսակներով: Ձեր կամ մեր կողմից ստացված ցանկացած դատական վճռի կամ համաձայնության արդյունքում ստացված գումարները նախ պետք է օգտագործվեն մեր գրավի իրավունքը բավարարելու համար՝ անկախ նրանից՝ դուք ամբողջությամբ ստացել եք ձեր վնասների փոխհատուցումը, թե ոչ, և անկախ նրանից՝ ստացված գումարների ընդհանուր չափը պակաս է ձեր կրած փաստացի կորուստների և վնասների չափից:

Մենք պարտավոր չենք վճարել ձեր կողմից ձեր վնասների պահանջը ներկայացնելու համար վարձված որևէ փաստաբանի փաստաբանական վարձերը կամ ծախսերը: Եթե դուք մեզ փոխհատուցում եք տրամադրում առանց իրավական գործողությունների անհրաժեշտության, մենք կտրամադրենք փոխհատուցման պահանջի ձեռքբերման ծախսերի զեղչ: Եթե մենք ստիպված լինենք իրավական գործողություններ ձեռնարկել՝ մեր շահը պաշտպանելու համար, ձեռքբերման ծախսերի զեղչ չի տրամադրվի: Երրորդ կողմի դեմ պահանջ կամ իրավական գործողություն ներկայացնելուց կամ հարուցելուց հետո 30 օրվա ընթացքում դուք պետք է գրավոր ծանուցում ուղարկեք պահանջի կամ իրավական գործողության մասին հետևյալ հասցեով՝

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
Ֆաքս՝ 1-502-753-7064

Որպեսզի մենք կարողանանք որոշել մեր ունեցած որևէ իրավունքների առկայությունը և իրականացնել այդ իրավունքները, դուք պետք է լրացնեք և մեզ ուղարկեք բոլոր համաձայնությունները, հրաժարագրերը, լիազորագրերը, իրավունքների զիջման փաստաթղթերը և այլ փաստաթղթեր, ներառյալ գրավի իրավունքի ձևերը, որոնցով ձեր փաստաբանին, երրորդ կողմին և երրորդ կողմի պատասխանատվության ապահովագրողին հանձնարարվում է ուղղակիորեն վճարել մեզ: Դուք չեք կարող առանց մեր նախնական գրավոր համաձայնության համաձայնել հրաժարվել, ազատել կամ սահմանափակել այս դրույթով նախատեսված մեր իրավունքները:

Եթե ձեր ժառանգական գույքը, ծնողը, խնամակալը կամ գույքի կառավարիչը ձեր վնասվածքի կամ հիվանդության հիմքով պահանջ է ներկայացնում երրորդ կողմի դեմ, ապա ձեր ժառանգական գույքը, ծնողը, խնամակալը կամ գույքի կառավարիչը, ինչպես նաև ժառանգական գույքի, ծնողի, խնամակալի կամ գույքի կառավարչի կողմից ստացված ցանկացած համաձայնության գումար կամ դատական վճռով հատուցված գումար ենթակա կլինեն մեր գրավի իրավունքներին և այլ իրավունքներին նույն չափով, ինչ որ կլինեին, եթե դուք ինքներդ պահանջը ներկայացրած լինեիք երրորդ կողմի դեմ: Մենք կարող ենք մեր գրավի իրավունքներն ու այլ իրավունքները պաշտպանելու և իրականացնելու իրավունքը փոխանցել այլ անձի կամ կազմակերպության:

S. ԱՄՆ Վետերանների գործերի վարչություն

Զինվորական ծառայությունից առաջացած առողջական խնդիրների հետ կապված այն ծառայությունների համար, որոնք օրենքով պարտավոր է տրամադրել Վետերանների հարցերով զբաղվող վարչությունը, մենք այդ ծառայությունների համար Վետերանների հարցերով զբաղվող վարչությանը չենք վճարի: Իսկ եթե մենք այնուամենայնիվ փոխհատուցենք նման ծառայությունները, կարող ենք այդ արժեքը հետ պահանջել Վետերանների հարցերով զբաղվող վարչությունից:

T. Աշխատողների փոխհատուցման կամ գործատուի պատասխանատվության նպաստներ

Աշխատողների փոխհատուցումը սովորաբար պետք է կատարվի Medicare-ի կամ մեր պլանի վճարումից առաջ: Հետևաբար, մենք իրավասու ենք հետամուտ լինելու, որ առաջինը փոխհատուցումը կատարի գործատուն՝ աշխատողներին փոխհատուցման կամ գործատուի պարտավորությունների մասին օրենքի համաձայն: Դուք կարող եք իրավունք ունենալ վճարումներ կամ այլ նպաստներ ստանալու, այդ թվում՝ որպես փոխհատուցում ձեզ տրամադրվի գումար (միասին՝ «Ֆինանսական նպաստ»)՝ աշխատողների փոխհատուցման կամ գործատուի պարտավորությունների մասին օրենքի համաձայն: Մենք ձեզ կտրամադրենք փոխհատուցվող ծառայություններ, նույնիսկ եթե պարզ չէ՝ դուք իրավունք ունե՞ք Ֆինանսական նպաստ ստանալու, թե՞ ոչ, բայց մենք կարող ենք հետ գանձել ցանկացած փոխհատուցված ծառայության գումարը՝ հետևյալ աղբյուրներից՝

- Ֆինանսական նպաստ տրամադրող ցանկացած աղբյուրից կամ նրանից, ով պետք է Ֆինանսական նպաստ վճարվի:
- Ձեզնից այն չափով, որքան Ֆինանսական նպաստը տրամադրվել կամ վճարվել է, կամ կստանայիք այն, եթե փորձել եք ներկայացնել Ֆինանսական նպաստ ստանալու ձեր իրավունքները՝ աշխատողների փոխհատուցման կամ գործատուի պարտավորությունների մասին օրենքի համաձայն:

U. Փոխնակ մայրություն

Այն իրավիճակներում, երբ անդամը դրամական փոխհատուցում է ստանում՝ որպես փոխնակ մայր հանդես գալու համար, մեր պլանը անդամից կպահանջի երեխայի, հղիության և/կամ ծննդաբերության հետ կապված մեր կողմից փոխհատուցված ծառայությունների ծախսերի վերադարձ: Փոխնակ մայրությունը ենթադրում է պայմանավորվածություն, երբ կինը համաձայնում է հղիանալ և երեխային հանձնել մեկ այլ անձի կամ անձանց, ովքեր մտադիր են մեծացնել երեխային:

V. Պարտադիր արբիտրաժ

Պարտադիր արբիտրաժի հետևյալ նկարագրությունը վերաբերում է հետևյալ անդամներին.

- Բոլոր այն անդամները, որոնք գրանցված են Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual Plan-ում, որի ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը 2008 թվականի հունվարի 1-ից առաջ է, և
- Բոլոր այն անդամները, որոնք գրանցված են Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual Plan-ում, որի ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը 2008 թվականի հունվարի 1-ն է կամ դրանից հետո, և որոնք գրանցման օրվանից հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում հստակորեն չեն հրաժարվել պարտադիր արբիտրաժային գործընթացից:

«Պարտադիր արբիտրաժի» բաժնի դրույթներով համաձայնեցված բոլոր հայցերի դեպքում և՛ Հայցվորները, և՛ Պատասխանողները հրաժարվում են երդվյալ ատենակալներին կամ դատական քննության դիմելու իրենց իրավունքից և ընդունում են պարտադիր արբիտրաժի որոշումը: Այնքանով, որքանով սույն «Պարտադիր արբիտրաժ» բաժինը կիրառվում է Kaiser Permanente-ի կողմերի կողմից ներկայացված պահանջների նկատմամբ, այն կիրառվում է նաև հետադարձ ուժով՝ մինչև սույն Անդամի ձեռնարկի ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը ծագած բոլոր չկարգավորված պահանջների նկատմամբ: Այդ հետադարձ ամսաթվով կիրառումը պարտադիր է միայն Kaiser Permanente-ի Կողմերի համար:

Արբիտրաժի շրջանակներ

Ցանկացած վեճ պետք է ներկայացվի պարտադիր արբիտրաժ, եթե բավարարված են հետևյալ բոլոր պահանջները՝

- Հայցը ծագում է կամ առնչվում է սույն Անդամի ձեռնարկի կամ Kaiser Foundation Health Plan, Inc.-ի և անդամ հանդիսացող Կողմի միջև հարաբերություններին՝ կապված պարտավորությունների ենթադրյալ չկատարման կամ դրանից բխող հետևանքների հետ, այդ թվում՝ բուօգնության թերացման կամ հիվանդանոցային պայմանների ոչ բարվոք պայմանների վերաբերյալ ցանկացած հայց (բողոք՝ կապված ոչ ճիշտ, չարտոնված, ոչ պատշաճ և անզգույշ տրամադրված բժշկական ծառայությունների կամ պարագաների հետ), դժբախտ դեպքի հետ կապված պատասխանատվություն չստանձնելու, ապահովագրական ծածկույթի, առաքման, ծառայությունների կամ բժշկական ապրանքների հետ կապված՝ անկախ իրավական հիմքերից, որոնց վրա հիմնված է հայցը:

- Հայցը ներկայացվում է մեկ կամ մի քանի անդամ հանդիսացող Կողմերի կողմից՝ մեկ կամ մի քանի Kaiser Permanente-ի Կողմերի դեմ կամ մեկ կամ մի քանի Kaiser Permanente-ի Կողմերի կողմից մեկ կամ մի քանի անդամ Կողմերի դեմ:

- Գործող օրենքը չի խոչընդոտում հայցը լուծելու համար պարտադիր արբիտրաժի կիրառմանը:

Սույն Անդամի ձեռնարկի ներքո գրանցված անդամները, հետևաբար, հրաժարվում են դատարանում կամ երդվյալ ատենակալների մասնակցությամբ դատավարության իրենց իրավունքից և փոխարենը համաձայնում են կիրառել պարտադիր արբիտրաժ: Սակայն հետևյալ տեսակի պահանջները ենթակա չեն պարտադիր արբիտրաժի՝

- Փոքր հայցերի դատարանի իրավասության ներքո գտնվող հայցերը:

- Պահանջներ, որոնք ենթակա են Medicare-ի բողոքարկման ընթացակարգին, ինչպես դա կիրառելի է Kaiser Permanente Dual Complete Plan-ի անդամների նկատմամբ (Medicare-ի բողոքարկման վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս Գլուխ **9**):

- Հայցեր, որոնք չեն կարող ենթակա լինել պարտադիր արբիտրաժի որոշմանը՝ գործող օրենքի համաձայն:

Ինչպես նշված է սույն «Պարտադիր արբիտրաժի» բաժնում, «անդամ հանդիսացող Կողմերն» են՝

- Անդամը:
- Անդամի ժառանգը, ազգականը կամ անձնական ներկայացուցիչը:
- Ցանկացած անձ, ով պնդում է, որ իր պարտականությունը բխում է անդամի հարաբերություններից Kaiser Permanente-ի մեկ կամ մի քանի Կողմերի հետ:

«Kaiser Permanente-ի Կողմերն» են՝

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- Kaiser Foundation Hospitals:
- The Permanente Medical Group, Inc:
- Southern California Permanente Medical Group:
- The Permanente Federation, LLC:
- The Permanente Company, LLC:
- Ցանկացած Southern California Permanente Medical Group (Permanente-ի բժշկական խումբ) կամ The Permanente Medical Group-ի բժիշկ:
- Ցանկացած անհատ կամ կազմակերպություն, որի պայմանագիրը վերը նշված կազմակերպություններից որևէ մեկի հետ պահանջում է մեկ կամ մի քանի անդամ հանդիսացող Կողմերի կողմից ներկայացված հայցերի արբիտրաժային վարույթ:
- Վերը նշվածներից որևէ մեկի ցանկացած աշխատակից կամ գործակալ:

«Հայցվորը» անդամ հանդիսացող Կողմ է կամ Kaiser Permanente Party-ի անդամ Կողմ, ով հայց է ներկայացնում, ինչպես նշված է նախորդիվ: «Պատասխանողը» անդամ հանդիսացող Կողմ է կամ Kaiser Permanente-ի Կողմ, որի դեմ հայց է ներկայացվում:

Դատավարության կանոններ

Արբիտրաժային գործընթացներն իրականացվում են **Kaiser Permanente-**ի անդամների արբիտրաժների համար սահմանված կանոնների համաձայն, որոնք վերահսկվում են Անկախ կառավարչի գրասենյակի կողմից («Դատավարության կանոններ»): Այդ կանոնները մշակվել են Անկախ կառավարչի գրասենյակի կողմից՝ Kaiser Permanente-ի և Արբիտրաժի վերահսկողության խորհրդի հետ խորհրդակցելով: Դատավարության կանոնների օրինակները կարելի է ձեռք բերել Անդամների սպասարկման բաժնից:

Արբիտրաժի նախաձեռնում

Հայցվորները պետք է արբիտրաժային գործընթացը սկսեն՝ ներկայացնելով Արբիտրաժային հայց: Արբիտրաժային հայցում պետք է ներառված լինեն պատասխանողների դեմ հայցի հիմքը, վնասի չափը, որը հայցվորները պահանջում են արբիտրաժում, հայցվորների և նրանց փաստաբանի անունները, հասցեները և հեռախոսահամարները, եթե այդպիսիք կան, և բոլոր պատասխանողների անունները: Հայցվորները պետք է Արբիտրաժային հայցում ներկայացնեն պատասխանող անձանց դեմ ուղղված բոլոր պահանջները, որոնք հիմնված են նույն միջադեպի, գործարքի կամ առնչվող հանգամանքների վրա:

Ինչպես ներկայացնել Արբիտրաժային հայց

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.-ին, Kaiser Foundation Hospitals-ին, KP Cal, LLC-ին, The Permanente Medical Group, Inc.-ին, Southern California Permanente Medical Group-ին, The Permanente Federation, LLC-ին և The Permanente Company, LLC-ին պետք է ուղարկել Արբիտրաժային հայցը՝ փոստով ուղարկելով այն հետևյալ հասցեով՝

- **South Plans**: Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  373 E. Walnut Street
  Pasadena, CA 91188

- **North Plans**: Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  1 Kaiser Plaza, 19th Floor
  Oakland, CA 94612

Արբիտրաժային հայցը պաշտոնապես հանձնված է համարվում այն ժամանակ, երբ տվյալ Պատասխանողը ստանում է Արբիտրաժային հայցը: Մնացած բոլոր Պատասխանողները՝ ներառյալ ֆիզիկական անձինք, պետք է ծանուցվեն քաղաքացիական հայցի դեպքում Կալիֆոռնիայի Քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքով սահմանված կարգով:

Հայցի ներկայացման վճար

Հացվորները յուրաքանչյուր արբիտրաժային գործի համար պետք է վճարեն մեկանգամյա, չվերադարձվող 150 ԱՄՆ դոլարի ներկայացման վճար, որը պետք է վճարվի «Արբիտրաժային հաշվին»՝ անկախ նրանից, թե Արբիտրաժային հայցում քանի պահանջ, Հայցվոր և Պատասխանող է նշված:

Ցանկացած Հայցվոր, ով պնդում է, որ գտնվում է ծայրահեղ ֆինանսական դժվարության մեջ, կարող է դիմել Անկախ կառավարչի գրասենյակին՝ խնդրելով ազատել իրեն ներկայացման վճարից, ինչպես նաև չեզոք արբիտրի վարձավճարներից և ծախսերից: Դրա համար հայցվորը պետք է լրացնի Վճարներից ազատվելու ձևը և այն ներկայացնի Անկախ ադմինիստրատորի գրասենյակ՝ միաժամանակ այն տրամադրելով Պատասխանողներին: Վճարներից ազատվելու ձևում նշված են վճարներից ազատվելու համար անհրաժեշտ չափանիշները: Ձևը կարող եք ստանալ՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկման բաժին:

Արբիտրների քանակ

Արբիտրների թվաքանակը կարող է ազդել Հայցվորների կողմից չեզոք արբիտրի վարձավճարներն ու ծախսերը վճարելու պարտավորության վրա (տե՛ս Դատավարության կանոնները)։

Եթե Արբիտրաժային հայցում պահանջվում է $200,000 կամ ավելի քիչ՝ ընդհանուր վնասի փոխհատուցման համար, վեճը պետք է քննվի և որոշում կայացվի մեկ չեզոք դատավորի կողմից, եթե կողմերն այլ կերպ գրավոր համաձայնության չեն եկել վեճի ծագումից և պարտադիր արբիտրաժի հայց ներկայացնելուց հետո, որ արբիտրաժային վարույթը պետք է անցկացվի երկու կողմի դատավորների և մեկ չեզոք դատավորի կողմից: Չեզոք դատավորը իրավասու չէ վճիռ կայացնելու $200,000-ից ավելի դրամական վնասի դեպքում։

Եթե Արբիտրաժային հայցում պահանջվում է $200,000-ից ավելի՝ ընդհանուր վնասի փոխհատուցման համար, ապա վեճը պետք է քննվի և որոշում կայացվի մեկ չեզոք դատավորի և երկու կողմի դատավորների կողմից, մեկը՝ համատեղ նշանակված բոլոր Հայցվորների կողմից, և մյուսը՝ համատեղ նշանակված բոլոր Պատասխանողների կողմից: Կողմերը, որոնք իրավասու են ընտրելու կողմի դատավոր, նաև կարող են հրաժարվել այս իրավունքից: Եթե բոլոր կողմերը համաձայնության գան, գործը կլսվի մեկ չեզոք արբիտրի կողմից։

Արբիտրի վճարների և ծախսերի մարում

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.-ը որոշակի պայմանների դեպքում կվճարի չեզոք արբիտրի վճարներն ու ծախսերը՝ համաձայն Դատավարության կանոններում սահմանված դրույթների: Բոլոր մյուս արբիտրաժային վարույթներում չեզոք դատավորի ծառայությունների ծախսերը պետք է կիսվեն Հայցվորների և Պատասխանողների միջև։

Եթե կողմերը ընտրում են իրենց կողմից նշանակվող արբիտրներ, ապա Հայցվորները պատասխանատու են իրենց կողմից նշանակված արբիտրի վարձավճարների և ծախսերի վճարման համար, իսկ Պատասխանողները պատասխանատու են իրենց կողմից նշանակված արբիտրի վճարների և ծախսերի վճարման համար։

Ծարսեր

Բացառությամբ չեզոք դատավորի ծառայությունների համար վերոնշյալ վճարների, ինչպես նաև բացառությամբ այն դեպքերի, երբ այլ բան է նախատեսված արբիտրաժային վարույթի համար՝ սույն «պարտադիր արբիտրաժի» բաժնի դրույթների համաձայն՝ յուրաքանչյուր կողմ պատասխանատու է կողմի փաստաբանի, վկաների վճարների և այլ ծախսերի համար, որոնք կատարվել են այդ ընթացքում՝ անկախ հայցի բնույթից կամ արբիտրաժային վարույթի արդյունքից։

Ընդհանուր դրույթներ

Հայցը մերժվում է և ընդմիշտ կասեցվում է, եթե (1) Արբիտրաժային հայցը հանձնելու ժամանակ հայցը լուծում է ստանում քաղաքացիական վեճերի կարգավորման ընթացակարգով, պատասխանողի համար այն կասեցվում է հայցի վաղեմության ժամկետի ընթացքում, (2) Հայցվորները ողջամտորեն չեն ներկայացնում արբիտրաժային հայցը՝ համաձայն Դատավարության կանոնների, կամ (3) արբիտրաժային լսումները չեն սկսվում հինգ տարուց ավելի շուտ՝ (ա) Արբիտրաժային հայցը հանձնելու օրվանից սկսած՝ համաձայն սույնով սահմանված ընթացակարգերի, կամ (բ) քաղաքացիական հայցի հարուցման ամսաթվից սկսած: Չեզոք դատավորի կողմից հայցը կարող է մերժվել այլ հիմքերով՝ ավելի հիմնավոր պատճառով: Եթե որևէ կողմ, պատշաճ կերպով ծանուցված լինելով արբիտրաժային նիստի մասին, չի ներկայանում, չեզոք արբիտրը կարող է շարունակել գործի քննությունը և որոշում կայացնել վեճի վերաբերյալ՝ այդ կողմի բացակայությամբ:

1975 թվականի Կալիֆոռնիայի բժշկական վնասի փոխհատուցման բարեփոխման մասին օրենքը, ներառյալ դրա հետագա բոլոր փոփոխությունները, կիրառվում է մասնագիտական անփութության վերաբերյալ ցանկացած պահանջի, ինչպես նաև օրենքով թույլատրված կամ պահանջվող այլ պահանջների նկատմամբ: Սա ներառում է այն դրույթները, որոնք սահմանում են՝ պացիենտին վճարված ապահովագրական կամ հաշմանդամության նպաստների վերաբերյալ ապացույցներ ներկայացնելու իրավունքը, ոչ նյութական վնասների փոխհատուցման սահմանափակումը, ապագա վնասների համար նշանակված փոխհատուցումը պարբերական վճարումների ձևով տրամադրելու իրավունքը:

Արբիտրաժային վարույթները կարգավորվում են սույն «Պարտադիր արբիտրաժի» բաժնի դրույթներով, Դաշնային արբիտրաժային ակտի **2-**րդ բաժնի և արբիտրաժային վարույթին վերաբերող Կալիֆոռնիայի քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքի դրույթներով, որոնք ուժի մեջ են մտնում կանոնադրության կիրառման պահին՝ Դատական ընթացակարգի կանոնոնակարգի հետ միասին՝ սույն «Պարտադիր արբիտրաժի» բաժնի դրույթներին չհակասելով: Համաձայն Դաշնային արբիտրաժային ակտի **3-**րդ և **4-**րդ բաժինների համար կիրառվող կանոնի՝ սույն «Պարտադիր արբիտրաժի» բաժնի դրույթների համաձայն՝ արբիտրաժային վարույթ հարուցելու իրավունքը չպետք է մերժվի, կասեցվի կամ այլ կերպ խոչընդոտվի այն պատճառով, որ անդամ հանդիսացող Կողմի և Kaiser Permanente-ի Կողմի միջև վեճը պարունակում է արբիտրաժային և ոչ արբիտրաժային պահանջներ, կամ այն պատճառով, որ արբիտրաժային վարույթի մեկ կամ մի քանի կողմ նույնպես հանդիսանում է երրորդ կողմի հետ չավարտված դատական հայցի կողմ, որը կապված է նույն կամ դրան առնչվող գործարքների հետ, և կարող է ստեղծել հակասական վճիռների կամ լուծումների հնարավորություն:

Գլուխ **12**. Կարևոր տերմինների սահմանումներ

Ներածություն

Այս գլխում ներկայացված են սույն Անդամի ձեռնարկում օգտագործված բանալի բառերը՝ իրենց սահմանումներով: Տերմինները ներկայացված են այբբենական կարգով: Եթե չեք գտնում ձեր որոնած սահմանումը, կամ եթե ձեզ անհրաժեշտ է ավելի շատ տեղեկատվություն, քան սահմանումն է պարունակում, դիմեք Անդամների սպասարկման բաժին:

Առօրյա կյանքի գործողություններ **(ADL) -** Այն գործողությունները, որոնք մարդիկ կատարում են սովորական օրվա ընթացքում, օրինակ՝ սնվելը, զուգարանից օգտվելը, հագնվելը, լողանալը կամ ատամները մաքրելը:

Վարչական իրավունքի դատավոր **(ALJ) -** Վարչական իրավունքի դատավորը (ALJ) դատավոր է, որը քննում և որոշում է պետական մարմինների հետ կապված գործերը: Դատավոր, որը վերանայում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկումը:

ՁԻԱՀ-ի դեմ դեղորայքային աջակցության պլան **(ADAP) -** Պլան, որն օգնում է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով հիվանդ և համապատասխան չափանիշներին բավարարող անձանց հասանելիություն ունենալ կենսական նշանակություն ունեցող ՄԻԱՎ-ի դեմ դեղամիջոցներին:

Հատկացված գումար **-** Սահմանված գումարի չափ, որը կարող եք օգտագործել որևէ պարագայի կամ ծառայության արժեքը վճարելու համար: Եթե ձեր ընտրած պարագայի կամ ծառայության արժեքը գերազանցում է հատկացված գումարը, ապա հատկացված գումարը գերազանցող մասը դուք պետք է վճարեք ինքներդ: Այդ լրացուցիչ վճարված գումարը չի հաշվարկվում սեփական գրպանից վճարվող առավելագույն գումարի մեջ:

Ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոն **(ASC)** — Բուժհաստատություն, որտեղ իրականացվում են վիրահատական միջամտություններ այն հիվանդների համար, ովքեր հիվանդանոցային բուժման կարիք չունեն և, ինչպես ակնկալվում է, 24 ժամից ավելի բժշկական խնամքի կարիք չեն ունենա:

Բողոքարկում **-** Մեր գործողությունները վիճարկելու եղանակ, եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել: Կարող եք մեզնից պահանջել փոխհատուցման որոշում՝ բողոքարկման հայց ներկայացնելով: Այս Անդամի ձեռնարկի Գլուխ **9-**ը բացատրում է, թե ինչ է բողոքարկումը, և ինչպես այն ներկայացնել:

Տարբերության հաշվարկով գանձում **-** Այն գործելակերպը, երբ մատակարարը պացիենտից գանձում է իր կողմից ներկայացված հաշվի և պացիենտի առողջապահական պլանի կողմից վճարված գումարի միջև եղած տարբերությունը:

Վարքագծային առողջություն - Մեր հուզական, հոգեբանական և սոցիալական առողջությունն է: Պարզ ասած՝ այն վերաբերում է նրան, թե ինչպես ենք մենք մտածում, զգում և շփվում ուրիշների հետ: Դա հոգեկան առողջության և թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումների ծառայությունների համար ընդհանուր սահմանում է:

Նպաստների ժամանակահատված - Այն ժամանակահատվածը, որի ընթացքում ինչպես մեր պլանը, այնպես էլ Original Medicare-ը հաշվարկում են ձեր կողմից մասնագիտացված բուժքույրական խնամքի հաստատության (SNF) ծառայություններից օգտվելու չափը: Նպաստների ժամանակահատվածը սկսում է մասնագիտացված բուժքույրական հաստատություն ընդունվելու օրվանից: Նպաստների ժամանակահատվածն ավարտվում է, երբ 60 օր անընդմեջ չեք ստանում մասնագիտացված խնամք SNF-ում: Մի նպաստների ժամանակահատվածի ավարտից հետո մասնագիտացված բուժքույրական հաստատություն ընդունվելու դեպքում նպաստների նոր ժամանակահատված է սկսում: Նպաստների ժամանակահատվածների քանակի սահմանափակում չկա:

Կենսաբանական արտադրանք - Դեղամիջոց, որը պատրաստված է բնական և կենդանի աղբյուրներից, ինչպիսիք են կենդանական բջիջները, բույսերի բջիջները, բակտերիաները կամ խմորիչը: Կենսաբանական արտադրանքները ավելի բարդ են, քան այլ դեղամիջոցները և չեն կարող ճշգրիտ պատճենվել, ուստի այլընտրանքային ձևերը կոչվում են կենսանմաններ: (Տե՛ս նաև՝ «Օրիգինալ կենսաբանական արտադրանք» և «Կենսանման»):

Կենսանման - Կենսաբանական արտադրանք, որ շատ նման է, բայց նույնը չէ, ինչ կենսաբանական արտադրանքը: Կենսանմանները նույնքան անվտանգ և արդյունավետ են, որքան բնօրինակ կենսաբանական արտադրանքը: Որոշ կենսանմաններ կարող են փոխարինվել օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքով դեղատանը՝ առանց նոր դեղատոմսի անհրաժեշտության: (Տե՛ս՝ «Փոխարինելի կենսանման»):

Օրիգինալ դեղամիջոց - Դեղամիջոց, որը արտադրվում և վաճառվում է այն ստեղծող ընկերության կողմից: Օրիգինալ դեղամիջոցներն ունեն նույն բաղադրիչները, ինչ դեղամիջոցների գեներիկ տարբերակները: Գեներիկ դեղերը սովորաբար արտադրվում և վաճառվում են այլ դեղագործական ընկերությունների կողմից և, որպես կանոն, հասանելի չեն լինում մինչև ապրանքանիշային դեղամիջոցի արտոնագրի ժամկետի ավարտը:

Care coordinator. մեկ հիմնական անձն է, ով համագործակցում է ձեզ հետ, առողջապահական պլանի և ձեր խնամքի բուժծառայություններ մատուցողների հետ՝ համոզվելու համար, որ դուք ստանում եք ձեզ անհրաժեշտ խնամքը:

Խնամքի պլան - Տե՛ս՝ «Անհատականացված խնամքի պլան»:

Խնամքի թիմ - Տե՛ս՝ «միջդիսցիպլինար խնամքի թիմ»

Փոխհատուցման կատաստրոֆիկ փուլ- Medicare Մաս D-ի դեղերի նպաստի փուլը, որի ժամանակ մեր պլանը վճարում է ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը մինչև տարեվերջ: Դուք սկսում եք այս փուլը, երբ դուք (կամ ձեր անունից լիազորված այլ անձիք) տարվա ընթացքում ծախսել եք $2,400 Medicare Մաս D-ով փոխհատուցված դեղերի համար:

Medicare և **Medicaid** ծառայությունների կենտրոններ **(CMS) -** Medicare-ը համար պատասխանատու դաշնային գործակալություն Այս Անդամի ձեռնարկի Գլուխ **2-**ում ներկայացված է, թե ինչպես կապ հաստատել CMS-ի հետ:

Մեծահասակների համայնքային ծառայություններ **(CBAS) -** Ամբուլատոր, հատուկ հաստատությունում իրականացվող ծառայությունների պլան է, որը ներառում է՝ մասնագիտացված բուժքույրական խնամք, սոցիալական ծառայություններ, աշխատանքային թերապիա, խոսքի թերապիա, անձնական խնամք, ընտանիքի անդամների և խնամակալների ուսուցում ու աջակցություն, սննդային/դիետիկ ծառայություններ, տրանսպորտային ծառայություններ, և այլ ծառայություններ: Այս ծառայությունները տրամադրվում են այն իրավասու անդամներին, որոնք համապատասխանում են ծրագրի սահմանված պահանջներին:

Բողոք **-** Գրավոր կամ բանավոր դիմում, որտեղ ներկայացված է, որ դուք փոխհատուցվող ծառայությունների կամ խնամքի ծառայությունների հետ կապված խնդիր կամ մտահոգություն ունեք: Սա ներառում է ցանկացած մտահոգություն՝ ծառայության որակի, ձեր խնամքի որակի, մեր ցանցի մատակարարների կամ մեր ցանցի դեղատների ծառայությունների հետ կապված: «Բողոք ներկայացնելու» իրավական տերմինն է «Գանգատ ներկայացնել»:

Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատություն **(CORF) -** Հաստատություն, որը հիմնականում տրամադրում է վերականգնողական ծառայություններ՝ հիվանդությունից, դժբախտ պատահարից կամ լուրջ վիրահատությունից հետո: Այն տրամադրում է մի շարք ծառայություններ, այդ թվում՝ ֆիզիոթերապիա, սոցիալական կամ հոգեբանական ծառայություններ, շնչառական թերապիա, մասնագիտական թերապիա, խոսքի թերապիա և տնային պայմանների գնահատման ծառայություններ:

Համավճար **-** Ֆիքսված գումար, որը վճարում եք որպես ծախսի ձեր բաժինը ամեն անգամ, երբ ստանում եք որոշակի ծառայություններ կամ դեղորայք: Օրինակ՝ կարող եք վճարել $2 կամ $5՝ ծառայության կամ դեղորայքի համար:

Ծախսերի բաշխում **-** Ծախսերի համատեղ վճարումը վերաբերում է այն գումարներին, որոնք անդամը պետք է վճարի ծառայություններ կամ դեղորայք ստանալիս: (Սա հավելումն է մեր պլանի ամսական հավելավճարին:) Ծախսերի համատեղ վճարումը ներառում է հետևյալ 3 տեսակի վճարներից ցանկացած համակցություն. 1) ցանկացած չհատուցվող գումար, որը պլանը կարող է պահանջել, որ դուք նախ ինքներդ վճարեք, նախքան ծառայությունների կամ դեղորայքի փոխհատուցումը: 2) ցանկացած ֆիքսված համավճար, որը պլանը պահանջում է վճարել, երբ դուք ստանում եք որոշակի ծառայություն կամ դեղորայք: 3) ցանկացած համատեղ ապահովագրավճար՝ ծառայության կամ դեղորայքի ընդհանուր արժեքի որոշակի տոկոսը, որը պլանը պահանջում է, որ վճարեք այդ ծառայությունը կամ դեղորայքը ստանալիս: Նշում. Որոշ դեպքերում դուք կարող եք ծառայությունը ստանալու պահին չվճարել ծախսերի ձեր բաժինը ամբողջությամբ, և մենք հետագայում ձեզ հաշիվ կուղարկենք՝ այդ ծախսերի ձեր բաժինը վճարելու համար: Օրինակ՝ եթե պլանավորված կանխարգելիչ բուժայցի ընթացքում ստանաք ոչ կանխարգելիչ բուժօգնություն, մենք կարող ենք հետագայում ձեզ հաշիվ ուղարկել՝ այդ ոչ կանխարգելիչ բուժօգնության համար նախատեսված ծախսերի ձեր բաժինը վճարելու նպատակով: Նախապես պատվիրած պարագաների համար դուք վճարում եք Ծախսերի բաշխման ձեր մասնաբաժինը, որը ուժի մեջ է մտնում պատվիրման ամսաթվին (չնայած, որ մենք չենք փոխհատուցի պարագան, եթե իհարկե դուք

փոխհատուցում չունենաք դրա համար այն ստանալու օրվա դրությամբ) և հնարավոր է, որ պետք է վճարեք Ծախսերի բաշխման ձեր մասնաբաժինը պարագան պատվիրելու ժամանակ: Ամբուլատոր դեղատոմսային դեղերի համար պատվիրման ամսաթիվն այն ամսաթիվն է, երբ դեղատունը մշակում է պատվերը՝ դեղատոմսի մասին բոլոր անհրաժեշտ տվյալներն ստանալուց հետո:

Ծախսերի բաշխման մակարդակներ - Նույն համավճարով դեղերի խմբեր: Ապահովագրված դեղերի ցանկում (կոչվում է նաև Դեղացանկ) նշված յուրաքանչյուր դեղ ներառված է ծախսերի բաշխման վեց մակարդակներից մեկում: Ընդհանուր առմամբ, որքան բարձր է ծախսերի բաշխման մակարդակը, այնքան բարձր է դեղի համար ձեր վճարելիք գումարը:

Փոխհատուցման որոշում - Որոշում այն մասին, թե ինչ նպաստներ ենք մենք փոխհատուցում: Սա ներառում է փոխհատուցվող դեղերի և ծառայությունների վերաբերյալ որոշումներ կամ այն գումարի չափը, որը մենք վճարում ենք ձեր առողջապահական ծառայությունների համար: Այս Անդամի ձեռնարկի Գլուխ **9**-ում բացատրվում է, թե ինչպես մեզնից խնդրել փոխհատուցման որոշում:

Փոխհատուցվող դեղեր - Տերմինը, որն օգտագործում ենք մեր պլանի կողմից փոխհատուցվող բոլոր դեղատոմսային և առանց դեղատոմսի ձեռք բերվող դեղերի (OTC) համար:

Փոխհատուցվող ծառայություններ - Ընդհանրական տերմին, որն օգտագործում ենք մեր պլանի կողմից փոխհատուցվող բոլոր առողջապահական խնամքի, երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցությունների, պաշարների, դեղատոմսային և առանց դեղատոմսի ձեռք բերվող դեղերի, սարքավորումների և այլ ծառայությունների համար:

Դեղատոմսային դեղերի վստահելի փոխհատուցում- Դեղատոմսային դեղերի փոխհատուցումը ապահովագրություն է (օրինակ՝ գործատուից կամ արհմիությունից), որը համապատասխանում է Medicare-ի նվազագույն չափանիշներին, քանի որ ակնկալվում է, որ այն կվճարի միջինում առնվազն այնքան, որքան Medicare-ի ստանդարտ դեղատոմսային դեղերի փոխհատուցումը: Այս տեսակի փոխհատուցում ունեցող մարդիկ, երբ դառնում են Medicare-ի համար իրավասու, սովորաբար կարող են պահպանել այդ փոխհատուցումը՝ առանց տույժ վճարելու, եթե որոշեն ավելի ուշ գրանցվել Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի փոխհատուցման համար:

Խնամատարական խնամք - Խնամատարական խնամքը անձնական խնամք է, որը տրամադրվում է ծերանոցում, հոսպիսում կամ այլ հաստատությունում, երբ ձեզ անհրաժեշտ չէ մասնագիտացված խնամք կամ մասնագիտացված բուժքույրական խնամք: Կենցաղային խնամքը, որը տրամադրում են մասնագիտական հմտություններ կամ համապատասխան պատրաստվածություն չունեցող անձինք, ներառում է ամենօրյա գործողությունների հարցում օգնություն, օրինակ՝ լողանալ, հագնվել, սնվել, անկողնուց կամ աթոռից վեր կենալ կամ պառկել/նստել, տեղաշարժվել և օգտվել զուգարանից: Այն կարող է ներառել նաև առողջության հետ կապված այնպիսի խնամք, որը մարդկանց մեծամասնությունը սովորաբար ինքնուրույն է իրականացնում, օրինակ՝ աչքի կաթիլներ օգտագործելը: Medicare-ը չի վճարում խնամատանական խնամքի համար:

Մշակութային իրազեկության ուսուցում **-** ուսուցում, որը մեր բուժաշխատողներին լրացուցիչ գիտելիքներ է տալիս՝ օգնելով նրանց ավելի լավ հասկանալ ձեր ծագումը, արժեքներն ու համոզմունքները և համապատասխանեցնել ծառայությունները ձեր սոցիալական, մշակութային և լեզվական կարիքներին:

Առողջապահական խնամքի ծառայությունների վարչություն **(DHCS) -** Կալիֆոռնիայի նահանգային վարչություն, որը ղեկավարում է Medicaid պլանը (կոչվում է նաև Medi-Cal):

Կառավարվող խնամքի վարչություն **(DMHC) -** Կալիֆոռնիայի նահանգային վարչություն, որը կարգավորում է գրեթե բոլոր առողջապահական պլանները: DMHC-ն օգնում է մարդկանց Medi-Cal-ի ծառայությունների հետ կապված գանգատների և բողոքների դեպքում: DMHC-ը նաև իրականացնում է Անկախ բժշկական վերանայում (IMR):

Անդամակցության դադարեցում **-** Մեր պլանում ձեր անդամակցությունը դադարեցնելու գործընթաց: Անդամակցության դադարեցումը կարող է լինել կամավոր (ձեր ընտրությամբ) կամ ոչ կամավոր (ոչ ձեր ընտրությամբ):

Դեղերի կառավարման պլան **(DMP) -** Պլան, որն օգնում է ապահովել, որ անդամները անվտանգ օգտագործեն դեղատոմսով տրամադրվող օփիոիդները և հաճախ չարաշահվող այլ դեղամիջոցներ:

Դեղորայքային մակարդակներ **-** Մեր դեղացանկի դեղերի խմբեր: Գեներիկ, օրիգինալ և մասնագիտացված դեղերը դեղորայքային մակարդակների օչնակներ են: Մեր Դեղացանկի յուրաքանչյուր դեղ վեց մակարդակներից մեկում է:

Երկակի իրավասու հատուկ կարիքների պլան **(D-SNP) -** Առողջապահական պլան, որը ծառայություններ է մատուցում անհատներին, որոնք իրավասու են և՛ Medicare-ի, և՛ Medicaid-ի համար: Մեր պլանը D-SNP է:

Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորում **(DME) -** Որոշ պարագաներ, որ ձեր բժիշկը պատվիրում է ձեր տանը օգտագործման նպատակով: Այդպիսի պարագաներ են՝ հաշմանդամի սայլակները, հենակները, տաքացվող ներքնակները, դիաբետի խնամքի պարագաները, հիվանդանոցային մահճակալները՝ տնային պայմաններում օգտագործելու համար, ներերակային (IV) ինֆուզիոն պոմպերը, խոսքի արտաբերումը խթանող սարքերը, թթվածնային սարքերը և օժանդակ պարագաները, նեբուլայզերները և քայլակները:

Արտակարգ իրավիճակ **-** Շտապ բժշկական օգնություն, երբ դուք կամ առողջապահության և բժշկության միջին գիտելիքներ ունեցող ցանկացած այլ անձ կարծում եք, որ ունեք բժշկական ախտանիշներ, որոնք պահանջում են անհապաղ բժշկական օգնություն՝ կանխելու մահը, մարմնի մասի կորուստը կամ մարմնի ֆունկցիայի կորուստը կամ լուրջ խանգարումը (և եթե դուք հղի կին եք, չծնված երեխայի կորուստը): Բժշկական ախտանշանները կարող են լինել հիվանդություն, վնասվածք, ուժեղ ցավ կամ առողջական այլ վիճակ, որն արագորեն վատթարանում է:

Շտապ խնամք **-** Փոխհատուցվող ծառայությունները այն ծառայություններն են, որոնք տրամադրվում են բուժծառայություն մատուցողի կողմից, որը վերապատրաստվել է շտապ օգնության ծառայություններ մատուցելու և առողջական կամ վարքագծային խնդիրների հետ կապված արտակարգ իրավիճակներում բուժօգնություն ցուցաբերելու համար:

Շտապ բժշկական վիճակ - Բժշկական կամ հոգեկան առողջության վիճակ, որն արտահայտվում է բավարար ծանրության սուր ախտանիշներով (ներառյալ ուժեղ ցավը), այնպես, որ առողջության և բժշկության վերաբերյալ միջին գիտելիքներ ունեցող ողջամիտ անձը կարող է հիմնավոր կերպով ակնկալել, որ անհապաղ բժշկական օգնության բացակայությունը կհանգեցնի՝

- Լուրջ վտանգ անհատի առողջությանը կամ, հղի կնոջ դեպքում, կնոջ կամ նրա չծնված երեխայի առողջությանը,
- Լուրջ վնաս մարմնի ֆունկցիաներին կամ
- Մարմնի որևէ օրգանի կամ մասի լուրջ դիսֆունկցիա:

Բացառություն - Սովորաբար չփոխհատուցվող դեղամիջոցի համար փոխհատուցում ստանալու կամ դեղն առանց որոշակի կանոնների և սահմանափակումների օգտագործելու թույլտվություն:

Չներառված դեղամիջոց - Դեղամիջոց, որը չի համարվում Medicare Մաս D-ի կողմից փոխհատուցվող դեղամիջոց՝ համաձայն ԱՄՆ օրենսգրքի (42 U.S.C.) սահմանման: Բաժին 1395w-102(e):

Չներառված ծառայություններ - Այս պլանի կողմից չփոխհատուցվող ծառայություններ:

Լրացուցիչ օգնություն. Medicare-ի պլան, որն օգնում է սահմանափակ եկամուտներով և հնարավորություններով մարդկանց կրճատել Medicare-ի Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի ծախսերը՝ ապահովագրավճարները, չհատուցվող գումարի չափը և համավճարները: Լրացուցիչ օգնությունը կոչվում է նաև «Ցածր եկամուտներ ունեցողների սուբսիդավորում» կամ «LIS»:

Գեներիկ դեղամիջոց - FDA-ի կողմից երաշխավորված դեղամիջոց, որը կարելի է օգտագործել օրիգինալի փոխարեն: Գեներիկ դեղերն ունեն նույն ակտիվ բաղադրիչները, ինչ օրիգինալ դեղերը: Դրանք սովորաբար ավելի էժան են և նույն արդյունավետությունն ունեն, ինչ օրիգինալ դեղերը:

Գնագատ - Ձեր բողոքը՝ ներկայացված մեր, մեր ցանցի մատակարարներից կամ դեղատներից որևէ մեկի դեմ: Այն ներառում է ցանկացած բողոք՝ ձեր խնամքի որակի կամ առողջապահական պլանի կողմից մատուցվող ծառայության որակի հետ կապված:

Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան **(HICAP)** - Պլան, որը տրամադրում է անվճար և օբյեկտիվ տեղեկատվություն և խորհրդատվություն Medicare-ի վերաբերյալ: Այս Անդամի ձեռնարկի Գլուխ **2**-ում ներկայացված է, թե ինչպես կապ հաստատել HICAP-ի հետ:

Առողջապահական պլան - Կազմակերպություն, որը բաղկացած է բժիշկներից, հիվանդանոցներից, դեղատներից, երկարաժամկետ այլ ծառայությունների մատակարարներից: Այն նաև ունի խնամքի համակարգողներ, որոնք կօգնեն ձեզ կառավարել ձեր բոլոր մատակարարների կողմից տրամադրվող խնամքը և ծառայությունները: Նրանք բոլորը միասնաբար աշխատում են՝ ձեզ անհրաժեշտ խնամքն ապահովելու համար:

Առողջական ռիսկի գնահատում **(HRA)** - Ձեր բժշկական պատմության և ներկա առողջական վիճակի ստուգում: Այն նախատեսված է՝ հասկանալու համար ձեր առողջական վիճակը, և թե ինչպես այն կարող է փոխվել հետագայում:

Տնային բուժաշխատող **-** Անձ, որը տրամադրում է լիցենզավորված բուժքրոջ կամ թերապևտի կարողություններ չպահանջող ծառայություններ, օրինակ՝ անձնական խնամքի հետ կապված օգնությունը (լողանալը, զուգարանից օգտվելը, հագնվելը կամ սահմանված վարժությունների կատարումը): Տնային բուժաշխատողները չունեն բուժքույրական լիցենզիա և թերապևտիկ ծառայություններ չեն տրամադրում:

Հոսպիս **-** Խնամքի և աջակցության պլան՝ օգնելու անբուժելի հիվանդներին, որպեսզի կյանքի վերջում հարմարավետ ապրեն: Վերջնական կանխատեսումը նշանակում է, որ անձը ստացել է անբուժելի հիվանդի բժշկական վկայական, ինչը նշանակում է 6 ամսվա կամ ավելի քիչ ժամկետով կյանքի ակնկալվող տևողություն:

- Անբուժելի հիվանդությամբ տառապող անդամներն իրավունք ունեն իրենք ընտրել հոսպիս:
- Հատուկ վերապատրաստված մասնագետների և խնամակալների թիմը հոգ է տանում անձի ամբողջական կարիքների մասին՝ ներառյալ նրա ֆիզիկական, հուզական, սոցիալական և հոգևոր կարիքները:
- Մենք պարտավոր ենք ձեզ տրամադրել ձեր աշխարհագրական տարածքում հասանելի հոսպիսային մատակարարների ցանկ:

Ոչ պատշաճ/անհամապատասխան գանձում **-** Այն իրավիճակը, երբ մատակարարը (օրինակ՝ բժիշկը կամ հիվանդանոցը) ձեզնից ավելի շատ գումար է գանձում, քան ծառայությունների համար կատարված ծախսերի մեր մասնաբաժինն է: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին, եթե ստացել եք անհասկանալի հաշիվներ:

Որպես պլանի անդամ՝ դուք վճարում եք ծախսերի բաշխման ձեր մասնաբաժինը միայն այն ժամանակ, երբ ստանում եք մեր կողմից փոխհատուցվող ծառայությունները: Մենք թույլ չենք տալիս մատակարարներին այդ գումարից ավել հաշիվ ներկայացնել:

Տնային աջակցության ծառայություններ **(IHSS) -** IHSS պլանը կօգնի վճարել մատակարարներին ձեզ մատուցվող ծառայությունների համար, որպեսզի կարողանաք ապահով մնալ ձեր սեփական տանը: IHSS-ը այլընտրանք է տանից դուրս խնամք ստանալու համար, ինչպես օրինակ՝ ծերանոցները կամ գիշերօթիկ և խնամքի հաստատությունները: Ծառայություններ ստանալու համար անցկացվում է գնահատում՝ որոշելու համար, թե յուրաքանչյուր մասնակցի համար ինչ տեսակի ծառայություններ կարող են թույլատրվել՝ հիմնվելով նրանց կարիքների վրա: IHSS ծրագրով թույլատրվող ծառայությունների տեսակներն են՝ տան մաքրություն, ճաշի պատրաստում, լվացք, մթերքի գնում, անձնական խնամքի ծառայություններ (օրինակ՝ աղիքների և միզապարկի խնամք, լոգանք, հարդարանք և բուժօգնություն), բժշկական հանդիպումներին ուղեկցելը և մտավոր խնդիրներ ունեցողների պաշտպանական հսկողությունը: Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայության գործակալությունները վերահսկվում են IHSS-ի կողմից:

Անկախ բժշկական վերանայում **(IMR)** Եթե մենք մերժենք բուժծառայությունների կամ բուժման ձեր հայցը, դուք կարող եք բողոքարկել: Եթե դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ, և ձեր խնդիրը վերաբերում է Medi-Cal-ի ծառայությանը, այդ թվում՝ DME-ին ու դեղերին, կարող եք Անկախ բժշկական վերանայում պահանջել Կալիֆոռնիայի կառավարվող խնամքի վարչությունից: Անկախ բժշկական վերանայումը ձեր գործի վերանայումն է մասնագետների կողմից, որոնք մեր պլանի հետ կապ չունեն: Եթե Անկախ բժշկական վերանայման որոշումը ի նպաստ ձեզ է, մենք պետք է ձեզ տրամադրենք ձեր պահանջած ծառայությունը կամ բուժումը: Դուք ոչ մի ծախս չեք անում Անկախ բժշկական վերանայման համար:

Անկախ վերանայման կազմակերպություն **(IRO) -** Medicare-ի կողմից վարձվող անկախ կազմակերպություն է, որը ստուգում է 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը: Այն մեզ հետ կապ չունի և չի հանդիսանում պետական գերատեսչություն: Այս կազմակերպությունն է որոշում մեր կողմից կայացված որոշումների ճշտությունը կամ դրանց փոփոխումը: Medicare-ը վերահսկում է իր աշխատանքը: Պաշտոնական անվանումն է Անկախ վերանայման մարմին:

Անհատականացված խնամքի պլան **(ICP** կամ Խնամքի պլան**) -** Պլան, որը սահմանում է, թե ինչ ծառայություններ եք ստանալու և ինչպես եք դրանք ստանալու: Ձեր պլանում կարող են ներառված լինել բժուժծառայություններ, վարքագծային խնդիրների բուժման ծառայություններ, երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն:

Նախնական փոխհատուցման փուլ **-** Այն փուլը, երբ ձեր **Medicare** Մաս **D-**ի դեղերի ընդհանուր ծախսերը դեռ չեն հասել **$2**,**400-**ի շեմին: Այն ներառում է ձեր վճարած գումարները, այն գումարները, որոնք մեր պլանը վճարել է ձեր անունից, ինչպես նաև ցածր եկամուտներ ունեցողների սուբսիդավորումը: Այս փուլը սկսվում է այն ժամանակ, երբ դուք ստանում եք տարվա ձեր առաջին դեղատոմսային դեղերը: Այս փուլում մենք վճարում ենք ձեր դեղերի ծախսերի մի մասը, իսկ դուք վճարում եք ձեր բաժինը:

Ստացիոնար **-** Տերմինն օգտագործվում է, երբ դուք պաշտոնապես ընդունվում եք հիվանդանոց՝ մասնագիտացված բուժծառայությունների համար: Եթե դուք պաշտոնապես չեք ընդունվել հիվանդանոց, դուք դեռ կարող եք համարվել ամբուլատոր հիվանդ՝ ստացիոնարի փոխարեն, նույնիսկ եթե գիշերում եք հիվանդանոցում:

Ինտեգրված երկակի իրավասու հատուկ կարիքների պլան **(D-SNP) -** Հատուկ կարիքների պլան այն անձանց համար, ովքեր միաժամանակ իրավասու են Medicare-ի և Medicaid-ի համար: Այս պլանը մեկ առողջապահական պլանի կամ փոխկապակցված առողջապահական պլանների միջոցով ապահովում է Medicare-ի և Medicaid-ի ծառայությունների մեծ մասը կամ ամբողջը՝ որոշակի խմբերի համար»: Այս անհատները հայտնի են որպես լիարժեք նպաստներով երկակի իրավասու անձինք:

Փոխարինելի կենսանման **-** Կենսանման դեղամիջոց, որը դեղատանը կարող է փոխարինվել մեկ այլ կենսաբանական դեղամիջոցով՝ առանց նոր դեղատոմսի անհրաժեշտության, քանի որ այն համապատասխանում է ավտոմատ փոխարինման հնարավորության վերաբերյալ լրացուցիչ պահանջներին: Դեղատանը իրականացվող ավտոմատ փոխարինումը կարգավորվում է նահանգային օրենքներով:

Միջդիսցիպլինար խնամքի թիմ **(ICT** կամ խնամքի թիմ**) -** Խնամքի թիմը կարող է ներառել բժիշկների, բուժքույրերի, խորհրդատուների կամ առողջապահության այլ մասնագետների, ովքեր օգնում են ձեզ ստանալ անհրաժեշտ բուժօգնությունն ու խնամքը: Ձեր խնամքի թիմը նաև համագործակցում է ձեզ հետ՝ խնամքի պլան կազմելու համար:

Kaiser Foundation Health Plan (Առողջապահական պլան**) -**
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.-ը՝ Հյուսիսային և Հարավային Կալիֆոռնիայի տարածաշրջանների համար, շահույթ չհետապնդող կազմակերպություն է և Medicare Advantage-ի կազմակերպություն: Այս Անդամի ձեռնարկը երբեմն առողջական պլանի փոխարեն օգտագործում է «մենք» կամ «մեզ»:

Kaiser Foundation Hospital- Ցանցի հիվանդանոց, որի սեփականատերն ու կառավարիչը Kaiser Foundation Hospitals-ն է:

Kaiser Permanente - Առողջապահական պլան, բժշկական խումբ և Kaiser Foundation Hospitals:

Kaiser Permanente Region (Տարածաշրջան**) -** Kaiser Foundation Health Plan-ի կազմակերպություն, որն իրականացնում է անմիջական բժշկական ծառայությունների պլան: Երբ գտնվում եք մեր սպասարկման տարածքից դուրս, կարող եք բժշկական անհրաժեշտության դեպքում ստանալ առողջապահական ծառայություններ և շարունակական խնամք քրոնիկ հիվանդությունների համար՝ Kaiser Permanente-ի մեկ այլ տարածաշրջանի սպասարկման տարածքում նշանակված մատակարարներից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Գլուխ **3**-ը, Բաժին Դ**4**-ը:

Ապահովագրված դեղերի ցանկ **(**Դեղացանկ**) -** Մեր կողմից փոխհատուցվող դեղատոմսային և առանց դեղատոմսի ձեռք բերվող (OTC) դեղերի ցանկ: Մենք ընտրում ենք այս ցանկի դեղերը բժիշկների և դեղագետների խմբի օգնությամբ: Դեղացանկում նշված է, թե ինչ կանոններ կան, որոնց դուք պետք է հետևեք՝ ձեր դեղերը ստանալու համար: Դեղացանկը երբեմն կոչվում է «դեղերի ցուցակ»:

Երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն **(LTSS) -** Երկարաժամկետ ծառայությունները և աջակցությունը օգնում են բարելավել առողջական վիճակը երկարատև հիվանդության դեպքում: Այս ծառայությունների մեծ մասն օգնում են ձեզ մնալ տանը՝ բուժքույրական հաստատություն կամ հիվանդանոց գնալու փոխարեն: LTSS-ը, որը ծածկված է մեր պլանի կողմից, ներառում է Համայնքի վրա հիմնված մեծահասակների ծառայությունները (CBAS), որը նաև հայտնի է որպես մեծահասակների ցերեկային առողջապահություն, բուժքույրական հաստատություններ (NF) և Համայնքային աջակցություն: IHSS և 1915(c) հրաժարման ծրագրերը Medi-Cal LTSS ծրագրեր են, որոնք տրամադրվում են մեր պլանից դուրս:

Ցածր եկամուտներ ունեցողների սուբսիդավորում **(LIS) -** Տե՛ս՝ «Լրացուցիչ օգնություն»:

Փոստային պատվերի պլան **-** Որոշ պլաններ կարող են առաջարկել փոստային պատվերի պլան, որը թույլ է տալիս ստանալ մինչև 3 ամսվա դեղերի մատակարարում ձեր փոխհատուցվող դեղատոմսային դեղերի համար, որոնք ուղարկվում են անմիջապես ձեր տուն: Սա ծախսերի տեսանկյունից արդյունավետ և հարմար միջոց է՝ ձեր կողմից կանոնավոր ընդունվող դեղերը ստանալու համար:

Medicaid (կամ Բժշկական աջակցություն**) -** Դաշնային կառավարության և նահանգի կողմից իրականացվող պլան, որն օգնում է սահմանափակ եկամուտներով և ռեսուրսներով մարդկանց վճարել երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցության և բժշկական ծախսերի համար: Medi-Cal-ը Կալիֆոռնիա նահանգի Medicaid ծրագրի անվանումն է:

Բժշկական խումբ **-** Պլանի մատակարարների ցանց, որոնց հետ մեր պլանը համագործակցում է՝ ձեզ փոխհատուցվող ծառայություններ տրամադրելու համար: Մեր բժշկական խմբերի անվանումներն են՝ The Permanente Medical Group, Inc.-ը՝ շահույթ հետապնդող մասնագիտացված կորպորացիա, և Southern California Permanente Medical Group-ը՝ շահույթ հետապնդող մասնագիտացված գործընկերություն:

Medi-Cal. Կալիֆոռնիայի Medicaid ծրագրի անվանումն է: Medi-Cal-ը կառավարվում է նահանգի կողմից և վճարվում նահանգային և դաշնային կառավարության կողմից:

- Այն օգնում է սահմանափակ եկամուտներով և ռեսուրսներով մարդկանց վճարել երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցության, ինչպես նաև բժշկական ծախսերի համար:
- Այն վճարում է լրացուցիչ ծառայությունների և որոշ դեղերի համար, որոնք չեն փոխհատուցվում Medicare-ի կողմից:
- Medicaid-ի ծրագրերը տարբերվում են ըստ նահանգի, սակայն ձեր խնամքի ծախսերի մեծ մասը փոխհատուցվում է, եթե դուք կարող եք օգտվել թե՛ Medicare-ից, և թե՛ Medi-Cal-ից:

Medi-Cal պլաններ **-** Դրանք այն պլաններն են, որոնցով փոխհատուցվում են միայն Medi-Cal-ի նպաստները, օրինակ՝ երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցությունը, բժշկական սարքավորումները և տրանսպորտը: Medicare նպաստներն առանձին են:

Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ **-** Այդպես բնորոշվում են այն ծառայությունները, պաշարները կամ դեղամիջոցները, որոնք ձեզ անհրաժեշտ են՝ կանխելու, ախտորոշելու կամ բուժելու համար ձեր առողջական խնդիրը կամ ձեր առողջության պահպանման համար: Այն ներառում է այն խնամքը, որը կանխում է ձեր հիվանդանոցում կամ բուժքույրական խնամքի հաստատությունում հայտնվելը: Այն նաև նշանակում է, որ ծառայությունները, պաշարները և դեղամիջոցները համապատասխանում են բժշկական չափանիշներին:

Medicare - Դաշնային բուժապահովագրական պլան՝ նախատեսված 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի անձանց, 65 տարեկանից փոքր հաշմանդամություն ունեցող որոշ անձանց և երիկամային հիվանդության վերջին փուլում գտնվող անձանց համար (մշտական երիկամային անբավարարություն, որի համար պահանջվում է դիալիզ կամ երիկամի փոխպատվաստում): Medicare ունեցողները կարող են օգտվել իրենց Medicare-ի բժշկական ապահովագրությունից Original Medicare կամ կառավարվող խնամքի պլանով (տե՛ս՝ «Առողջապահական պլան»):

Medicare Advantage - Medicare պլանը նաև հայտնի է որպես «Medicare-ի Մաս C» կամ «MA», որն առաջարկում է MA ծրագրեր՝ մասնավոր ընկերությունների միջոցով: Medicare-ը վճարում է այս ընկերություններին՝ ձեր Medicare-ի նպաստները փոխհատուցելու համար:

Medicare Բողոքարկման խորհուրդ **(Խորհուրդ) -** Խորհուրդ, որը վերանայում է 4-րդ մակարդակի բողոքարկումը: Խորհուրդը դաշնային կառավարության մաս է կազմում:

Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայություններ **-** Medicare-ի Մաս A-ով և Մաս B-ով փոխհատուցվող ծառայությունները: Medicare-ի բոլոր առողջապահական պլանները, ներառյալ մեր պլանը, պետք է փոխհատուցեն բոլոր այն ծառայությունները, որոնք փոխհատուցվում են Medicare-ի Մաս A-ի և Մաս B-ի ներքո:

Շաքարախտի կանխարգելման **Medicare** պլան **(MDPP) -** Առողջապահական վարքագծի փոփոխության կառուցվածքային պլան, որը ներառում է երկարաժամկետ սննդակարգի փոփոխության, ֆիզիկական ակտիվության ավելացման, ինչպես նաև քաշի կորստի և առողջ ապրելակերպի պահպանման ընթացքում առաջացող դժվարությունները հաղթահարելու ռազմավարությունների ուսուցում:

Medicare-Medi-Cal անդամ **-** Medicare-ի և Medicaid-ի փոխհատուցման համար իրավասու անձ: Medicare Medicaid-ում գրանցված անձը կոչվում է նաև «երկակի իրավասություն ունեցող անձ»:

Medicare Մաս **A -** Medicare-ի այն պլանը, որը փոխհատուցում է բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ հիվանդանոցային բուժման, մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունում խնամքի, տնային առողջապահական ծառայությունների և հոսպիսային խնամքի մեծ մասը:

Medicare Մաս **B -** Medicare-ի այն պլանը, որը փոխհատուցում է ծառայությունների համար (օրինակ՝ լաբորատոր հետազոտություններ, վիրահատություններ և բժիշկների մոտ այցեր) և բժշկական պարագաներ (օրինակ՝ հաշմանդամի սայլակներ և քայլակներ), որոնք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են՝ հիվանդությունը կամ առողջական խնդիրը բուժելու համար: Medicare-ի Մաս B-ով նաև փոխհատուցվում են բազմաթիվ պրոֆիլակտիկ և հետազոտական ծառայություններ:

Medicare Մաս **C -** Medicare-ի այն պլանը, որը նաև հայտնի է որպես «Medicare Advantage» կամ «MA» պլան, որը թույլ է տալիս բուժապահովագրության ընկերություններին տրամադրել Medicare նպաստներ MA պլանի միջոցով:

Medicare Մաս **D -** Medicare-ի դեղորայքային նպաստների պլան: Այս պլանը կրճատ կոչվում է D բաժին: Medicare Մաս D-ն փոխհատուցում է ամբուլատոր բուժման դեղերի, պատվաստանյութերի և որոշ բժշկական պարագաների համար, որոնք չեն փոխհատուցվում Medicare Մաս A-ով, Medicare Մաս B-ով կամ Medicaid-ով: Մեր պլանի մեջ է մտնում Medicare
Մաս D-ն:

Medicare-ի Մաս **D-**ի դեղեր **-** Medicare Մաս D-ի շրջանակում փոխհատուցվող դեղամիջոցներ: Կոնգրեսը Medicare Մաս D-ի շրջանակում փոխհատուցումից հատուկ բացառել է դեղամիջոցների որոշ կատեգորիաներ: Medicaid-ը կարող է փոխհատուցել այդ դեղամիջոցներից որոշները:

Դեղորայքային թերապիայի կառավարում **(MTM) -** Medicare Մաս D-ի պլան՝ բարդ առողջական կարիքներ ունեցող անձանց համար, որը տրամադրվում է այն մարդկանց, ովքեր համապատասխանում են որոշակի պահանջների կամ ընդգրկված են Դեղերի կառավարման ծրագրում: MTM ծառայությունները սովորաբար ներառում են դեղագործի կամ առողջապահության մասնագետի հետ քննարկում՝ դեղորայքի վերանայման համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս Անդամի ձեռնարկի Գլուխ **5-**ը:

Medi-Medi պլան **-** Medi-Medi պլանը Medicare Advantage պլանի տեսակ է: Այն նախատեսված է այն մարդկանց համար, որոնք ունեն և՛ Medicare, և՛ Medi-Cal, և միավորում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները մեկ ծրագրի մեջ: Medi-Medi պլանները համակարգում են բոլոր նպաստներն ու ծառայությունները երկու ծրագրերում, ներառյալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից փոխհատուցվող բոլոր ծառայությունները:

Անդամ **(**մեր պլանի անդամ կամ պլանի անդամ**) -** Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայություններից օգտվելու իրավունք ունեցող անձ, ով կարող է ստանալ փոխհատուցվող ծառայություններ, ով գրանցվել է մեր պլանում և ում գրանցումը հաստատվել է Medicare-ի և Medicaid-ի ծառայությունների կենտրոնների (CMS) և նահանգի կողմից:

Անդամի ձեռնարկ և բացահայտման մասին տեղեկատվություն. Այս փաստաթուղթը, ձեր գրանցման ձևի և դրան կից ցանկացած այլ փաստաթղթի հետ միասին, բացատրում է ձեր փոխհատուցումը, մեր պարտավորությունները, ձեր՝ որպես ծրագրի անդամի իրավունքները, ինչպես նաև այն, ինչ դուք պետք է կատարեք որպես մեր ծրագրի անդամ:

Անդամների սպասարկման բաժին **-** Մեր ծրագրի այն բաժինը, որը պատասխանատու է անդամակցության, նպաստների, բողոքների և բողոքարկումների վերաբերյալ ձեր հարցերին պատասխանելու համար: Անդամների սպասարկման բաժնի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն Անդամի ձեռնարկի Գլուխը **2-**ը:

Ցանցի դեղատուն **-** Ցանցի դեղատունը այն դեղատունն է, որը համաձայնում է մեր պլանի անդամներին դեղատոմսով դեղեր տրամադրել: Դրանք կոչվում են «ցանցի դեղատներ», քանի որ համաձայնել են համագործակցել մեր պլանի հետ: Հիմնականում մենք դեղատոմսային դեղերի համար վճարում ենք միայն այն դեպքում, երբ դրանք տրամադրվում են մեր ցանցի դեղատներից որևէ մեկի կողմից:

Ցանցի բժիշկ **-** Ցանկացած լիցենզավորված բժիշկ, որը Medical Group-ի գործընկերն է կամ աշխատակիցը, կամ ցանկացած լիցենզավորված բժիշկ, որը պայմանագրով ծառայություններ է մատուցում մեր անդամներին (բացառությամբ այն բժիշկների, որոնք պայմանագիր ունեն միայն ուղղորդման ծառայություններ տրամադրելու համար):

Ցանցի մատակար **-** Մեր ծրագրի հետ համագործակցող մատակարարներն են: Այս մատակարարները համաձայնել են ստանալ մեր կողմից տրամադրված վճարումը որպես ամբողջական վճարում: «Բուժծառայություն մատուցողը» ընդհանուր տերմին է, որը մենք օգտագործում ենք բժիշկների, բուժքույրերի և նրանց համար, ովքեր ձեզ ծառայություններ և խնամք են տրամադրում: Այս տերմինը նաև վերաբերում է հիվանդանոցներին, տնային առողջապահական գործակալություններին, կլինիկաներին և այլ հաստատությունների, որոնք ձեզ տրամադրում են խնամքի ծառայություններ, բժշկական սարքավորումներ և երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն:

- Դրանք լիցենզավորված կամ հավատարմագրված են Medicare-ի և նահանգի կողմից՝ առողջապահական ծառայություններ մատուցելու համար:
- Մենք դրանց անվանում ենք «ցանցի մատակարարներ», երբ նրանք համաձայնում են համագործակցել մեր առողջապահական պլանի հետ, ընդունել մեր վճարման պայմանները և անդամներից լրացուցիչ գումար չեն գանձում ծառայությունների համար:
- Քանի դեռ դուք մեր պլանի անդամ եք, պետք է օգտվեք ցանցի մատակարարներից՝ փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալու համար: Ցանցի մատակարարներին նաև անվանում են «պլանի մատակարարներ»:

Ծերանոց կամ խնամքի հաստատություն **-** Հաստատություն, որը խնամք է տրամադրում այն մարդկանց, ովքեր չեն կարող անհրաժեշտ խնամքը ստանալ տանը, սակայն հիվանդանոցում գտնվելու կարիք չունեն:

Օմբուդսմեն **-** Գրասենյակ ձեր նահանգում, որը հանդես է գալիս որպես փաստաբան ձեր անունից: Այստեղ կարող են պատասխանել ձեր հարցերին, եթե խնդիր կամ բողոք ունեք, և կարող են ձեզ ուղղորդել, թե ինչ անել: Օմբուդսմենի ծառայություններն անվճար են: Լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել այս Անդամի ձեռնարկի *2*-րդ և *9*-րդ Գլուխներում:

Կազմակերպության վճիռ **-** Մեր պլանը կայացնում է կազմակերպության վճիռ, երբ մենք կամ մեր մատակարարներից մեկը որոշում է՝ արդյոք ծառայությունները փոխհատուցվում են, կամ արդյոք դուք պետք է վճարեք փոխհատուցվող ծառայությունների դիմաց: Կազմակերպության վճիռները կոչվում են «փոխհատուցման որոշումներ»: Այս Անդամի ձեռնարկի Գլուխ **9**-ը բացատրում է փոխհատուցման որոշումները:

Օրիգինալ կենսաբանական արտադրանք **-** FDA-ի կողմից հաստատված կենսաբանական արտադրանք, որը ծառայում է որպես համեմատության հիմք այն արտադրողների համար, որոնք ստեղծում են դրա կենսանման տարբերակը: Այն նաև կոչվում է նմուշ արտադրանք:

Original Medicare (ավանդական **Medicare** կամ ծառայության վճար **Medicare) -** Կառավարությունն առաջարկում է Original Medicare: Original Medicare-ի ծրագրով բժիշկների, հիվանդանոցների և այլ մատակարարների ծառայությունները փոխհատուցվում են՝ վճարվելով Կոնգրեսի կողմից որոշված գումարի չափով:

- Դուք կարող եք օգտվել ցանկացած բժշկի, հիվանդանոցի կամ այլ բուժծառայություններ մատուցողի ծառայություններից, որոնք ընդունելի են Medicare-ի կողմից: Original Medicare-ը

բաղկացած է երկու մասից՝ Medicare Մաս A (հիվանդանոցային ապահովագրություն) և Medicare Մաս B (բժշկական ապահովագրություն):

- Original Medicare-ը հասանելի է Միացյալ Նահանգների ցանկացած մասում:
- Եթե չեք ցանկանում լինել մեր պլանի անդամ, կարող եք ընտրել Original Medicare-ը:

Արտացանցի դեղատուն **-** Դեղատուն, որը չի համաձայնել համագործակցել մեր պլանի հետ՝ համակարգելու կամ տրամադրելու մեր պլանի անդամների համար փոխհատուցվող դեղերը: Ձեր պլանում ներառված չեն այն դեղերի մեծ մասը, որոնք դուք ստանում եք ոչ ցանցի դեղատներից, եթե չեն կիրառվում հատուկ պայմաններ:

Արտացանցի մատակարար կամ արտացանցի հաստատություն **-** Մատակարար կամ հաստատություն, որը չի աշխատում մեր պլանում, չի պատկանում կամ չի կառավարվում մեր պլանի կողմից և պայմանագիր չունի մեր պլանի անդամների համար փոխհատուցվող ծառայությունները տրամադրելու համար: Այս Անդամի ձեռնարկի Գլուխ **3 -**ը բացատրում է՝ ովքեր են արտացանցի մատակարարները կամ հաստատությունները:

Գրպանից արվող ծախսեր **-** Անդամների համար կիրառվում է ծախսերի բաշխում, որը ենթադրում է, որ ստացված ծառայությունների կամ դեղերի ծախսերի մի մասի համար անդամները պետք է վճարեն: Դա կոչվում է նաև «գրպանից որվող» ծախսերի պահանջ: Տե՛ս վերը նշված «ծախսերի բաշխման» սահմանումը:

Առանց դեղատոմսի ձեռք բերվող **(OTC)** դեղեր **-**Առանց դեղատոմսի ձեռք բերվող դեղերը այն դեղամիջոցներն են, որոնք կարելի է գնել առանց առողջապահական մասնագետի դեղատոմսի:

Մաս A - Տե՛ս՝ «Medicare Մաս A»:

Մաս B - Տե՛ս՝ «Medicare Մաս B»:

Մաս C - Տե՛ս՝ «Medicare Մաս C»:

Մաս D - Տե՛ս՝ «Medicare Մաս D»:

Մաս D-ի դեղեր - Տե՛ս՝ «Medicare Մաս D-ի դեղեր»:

Անձնական առողջական տեղեկատվություն **(**նաև կոչվում է Պաշտպանված առողջական տեղեկատվություն**) (PHI) -** Ձեր և ձեր առողջության մասին տեղեկություններ, ինչպիսիք են ձեր անունը, հասցեն, սոցիալական ապահովության համարը, բժշկին այցելությունների վերաբերյալ տվյալները և բժշկական պատմությունը: Տե՛ս մեր Գաղտնիության գործելակերպի ծանուցումը՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար առ այն, թե ինչպես ենք պաշտպանում, օգտագործում և բացահայտում ձեր PHI-ն և ձեր PHI-ի հետ առնչվող իրավունքները:

Պլանի գանձումներ - Պլանի գանձումները վերաբերում են հետևյալներին՝

- Medical Group-ի կամ Kaiser Foundation Hospitals-ի կողմից մատուցվող ծառայությունների համար՝ առողջապահական պլանի սակագնացուցակում Medical Group-ի և Kaiser Foundation Hospitals-ի կողմից անդամներին մատուցվող ծառայությունների համար սահմանված վճարները:

- Այն ծառայությունների համար, որոնց դիմաց մատակարարը (բացառությամբ Medical Group-ի կամ Kaiser Foundation Hospitals-ի) վարձատրվում է գլխահարկի սկզբունքով, կիրառվում են այն վճարները, որոնք նշված են Kaiser Permanente-ի և գլխահարկի սկզբունքով վարձատրվող մատակարարի միջև համաձայնեցված սակագնացուցակում:

- Kaiser Permanente-ին պատկանող և նրա կողմից շահագործվող դեղատնից ձեռք բերված պարագաների համար կիրառվում է այն գումարը, որը տվյալ դեղատունը կգանձեր անդամից, եթե անդամի նպաստների պլանը չփոխհատուցեր այդ պարագան: Այդ գումարը մոտավոր հաշվարկ է, որը ներառում է՝ դեղերի ձեռքբերման, պահպանման և տրամադրման ծախսերը, Kaiser Permanente-ի կողմից անդամներին դեղատնային ծառայություններ մատուցելու ուղղակի և անուղղակի ծախսերը, ինչպես նաև դեղատնային ծրագրի ներդրումը Health Plan-ի զուտ եկամտի անհրաժեշտ մակարդակի ապահովման համար:

- Մնացած բոլոր ծառայությունների համար կիրառվում են այն վճարները, որոնք Kaiser Permanente-ն կատարում է այդ ծառայությունների դիմաց, կամ, եթե Kaiser Permanente-ն իր վճարումից հանում է անդամի՝ ծախսերի բաշխման մասնաբաժինը, ապա այն գումարը, որը Kaiser Permanente-ն կվճարեր, եթե ծախսերի բաշխումը չհաներ:

Կայունացումից հետո տրամադրվող բուժօգնություն - բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ այն ծառայությունները, որոնք կապված են ձեր շտապ բժշկական վիճակի հետ և որոնք դուք ստանում եք այն բանից հետո, երբ ձեզ բուժող բժիշկը որոշում է, որ ձեր վիճակը կլինիկորեն կայուն է: Դուք համարվում եք կլինիկորեն կայուն, երբ ձեզ բուժող բժիշկը, ողջամիտ բժշկական հավանականության շրջանակներում և բժշկության կողմից ընդունված չափանիշներին համապատասխան, գտնում է, որ դուք անվտանգ վիճակում եք՝ հիվանդանոցից դուրս գրվելու կամ այլ բուժհաստատություն տեղափոխվելու համար, և որ ձեր վիճակը, դուրսգրման կամ տեղափոխման ընթացքում կամ դրա հետևանքով, էականորեն վատանալու հավանականություն չունի:

Կանխարգելիչ ծառայություններ - Առողջապահական ծառայություններ՝ հիվանդությունը կանխելու կամ վաղ փուլում հայտնաբերելու համար, երբ բուժումը հավանաբար լավագույնս կազդի (օրինակ՝ կանխարգելիչ ծառայությունները ներառում են ՊԱՊ թեստերը, գրիպի դեմ պատվաստումները և սքրինինգային մամոգրաֆիան):

Հիմնական բուժող բժիշկ **(PCP) -** Այն բժիշկը կամ այլ մատակարար, ում առաջինն եք դիմում՝ առողջական խնդիրների մեծ մասի հետ կապված հարցերով: Նա համոզվում է, որ դուք ստանում եք այն խնամքը, որն անհրաժեշտ է ձեզ առողջության պահպանման համար:

- Նա կարող է նաև խորհրդակցել այլ բժիշկների և մատակարարների հետ՝ ձեր խնամքի հետ կապված հարցերով և ուղղորդել ձեզ նրանց մոտ:
- Medicare-ի շատ առողջապահական պլաններում դուք պետք է դիմեք ձեր հիմնական բուժող բժշկին՝ նախքան ուրիշ մասնագետին դիմելը:
- Հիմնական բուժող բժիշկներից խնամք ստանալու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս Անդամի ձեռնարկի Գլուխ **3** -ը:

Նախնական թույլտվություն **(PA) -** Լիազորություն, որը դուք պետք է ստանաք մեզանից՝ նախքան որոշակի ծառայություն կամ դեղ ստանալը կամ ցանցից դուրս բուժծառայություններից օգտվելը: Մեր պլանը չի կարող փոխհատուցել ծառայության կամ դեղորայքի համար, մինչև դրա համար նախօրոք հաստատում չստանաք:

Մեր պլանը փոխհատուցում է որոշ ցանցի բուժծառայություններ միայն այն դեպքում, երբ ձեր բժիշկը կամ այլ ցանցի մատակարար մեզնից ստանում է նախնական թույլտվություն :

- Մեր պլանի նախնական թույլտվությունը պահանջող փոխհատուցվող ծառայությունները նշված են այս Անդամի ձեռնարկի Գլուխ **4**-ում:

Մեր պլանը փոխհատուցում է որոշ դեղեր միայն, եթե մեզնից ստանում եք նախնական թույլտվություն:

- Մեր պլանի նախնական թույլտվությունը պահանջող փոխհատուցվող դեղերը նշված են Ապահովագրված դեղերի ցանկում, իսկ կանոնները հասանելի են մեր կայքում:

Պլան է, որն իր ծածկույթում ներառում է **Medicare**-ի և **Medicaid**-ի նպաստները՝ **55** և ավելի բարձր տարիքային խմբի անձանց համար, որոնք ավելի որակյալ խնամքի կարիք ունեն իրենց տանն ապրելու համար:

Պրոթեզներ և օրթեզներ **-** Ձեր բժշկի կամ այլ բուժաշխատողի կողմից պատվիրված բժշկական սարքեր, որոնք ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով՝ ձեռքի, մեջքի և պարանոցի բրեկետներ, արհեստական վերջույթներ, արհեստական աչքեր և այնպիսի սարքեր, որոնք անհրաժեշտ են մարմնի ներքին օրգանի կամ ֆունկցիայի փոխարինման համար, ներառյալ կոլոստոմայի պարկեր, էնտերալ և պարէնտերալ սնուցման պարագաներ:

Մատակարարներ **-** Բժիշկներն են, բուժքույրերը և այլ անձինք, ովքեր ձեզ ծառայություններ և խնամք են տրամադրում և ունեն նահանգի կողմից տրված լիցենզիա: Մատակարարների թվում են նաև հիվանդանոցները, տնային առողջապահական գործակալությունները, կլինիկաները և այլ վայրեր, որոնք տրամադրում են ձեզ առողջապահական ծառայություններ, հոգեկան առողջության ծառայություններ, բժշկական սարքավորումներ և որոշակի LTSS:

Որակի բարելավման կազմակերպություն **(QIO) -** Բժիշկների և առողջապահական այլ մասնագետների խումբ, որոնք օգնում են բարելավել Medicare ունեցող մարդկանց մատուցվող խնամքի որակը: Դաշնային կառավարությունը վճարում է QIO-ին՝ հիվանդներին հատկացվող խնամքը ստուգելու և բարելավելու համար: QIO-ի վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն Անդամի ձեռնարկի Գլուխը **2-**ը:

Քանակի սահմանափակումներ **-** Քանակական սահմանափակում այն դեղի վրա, որը դուք կարող եք ունենալ: Դեղատոմսով տրամադրվող որոշ դեղերի քանակի համար մենք սահմանափակումներ ենք անում:

Իրական ժամանակում նպաստների գործիք **-** Պորտալ կամ համակարգչային հավելված, որտեղ գրանցված անձինք կարող են փնտրել ամբողջական, ճշգրիտ, ժամանակին, կլինիկական տեսանկյունից համապատասխան, գրանցված անձանց հասանելի փոխհատուցվող դեղերի և նպաստների մասին տեղեկություններ: Սա ներառում է ծախսերի բաշխման գումարները, այլընտրանքային դեղամիջոցները, որոնք կարող են օգտագործվել նույն առողջական խնդրի համար, ինչ տվյալ դեղամիջոցը, և փոխհատուցման սահմանափակումները (նախօրոք թույլտվություն, զուգահեռ բուժում, քանակական սահմանափակումներ), որոնք կիրառվում են այլընտրանքային դեղերի նկատմամբ:

Ուղեգիր **-** Ուղեգիրը ձեր հիմնական բուժող բժշկի (PCP) կամ մեր կողմից տրված հաստատումն է՝ օգտվելու ձեր PCP-ից բացի մեկ այլ մատակարարի ծառայություններից: Եթե դուք նախնական հաստատում չստանաք, մենք կարող ենք չփոխհատուցել ծառայությունների համար: Որոշ մասնագետների, օրինակ՝ կանանց առողջության մասնագետների ծառայություններից օգտվելու համար ուղեգիր պետք չէ: Ուղեգրերի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել այս Անդամի ձեռնարկի Գլուխ **3-**ում և **4-**ում:

Վերականգնողական ծառայություններ **-** Այն բուժումը, որը ստանում եք հիվանդությունից, պատահարից կամ լուրջ վիրահատությունից հետո վերականգնման համար: Այս ծառայությունները ներառում են ստացիոնար վերականգնողական բուժում, ֆիզիկական թերապիա (ամբուլատոր), խոսքի և լեզվի թերապիա, ինչպես նաև էրգոթերապիա: Վերականգնողական ծառայությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն Անդամի ձեռնարկի Գլուխ **4-**ը:

Զգայուն ծառայություններ **-** Հոգեկան կամ վարքագծային խնդիրների, սեռական և վերարտադրողական առողջության, ընտանիքի պլանավորման, սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (ՍՍՎ), ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, սեռական ոտնձգությունների և աբորտների, թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումների, սեռի փոփոխման հետ կապված խնամքի և սեռական բռնությունների հետևանքների բուժման հետ կապված ծառայություններ:

Սպասարկման տարածք **-** Այն աշխարհագրական տարածքը, որի սահմաններում առողջապահական պլանը ընդունում է անդամներին, եթե այն սահմանափակում է պլանին անդամակցելու իրավունքը բնակության վայրի պատճառով: Այն պլանը, որը սահմանում է, թե որ բժիշկների ու հիվանդանոցների ծառայություններից կարող եք օգտվել, ընդհանուր առմամբ վերաբերում է այն տարածքին, որտեղ դուք կարող եք սովորական (ոչ շտապ օգնության) ծառայություններ ստանալ: Մեր պլանին կարող են միանալ միայն այն մարդիկ, որոնք ապրում են մեր սպասարկման տարածքում:

Սպասարկման տարածքը նկարագրված է Գլուխ **1**-ում՝ ծախսերի բաշխման, գրանցման և անդամակցության դադարեցման նպատակներով: Փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալու նպատակով դուք կարող եք օգտվել ցանցի մատակարարների ծառայություններից ձեր Տարածաշրջանի սպասարկման տարածքի ցանկացած վայրում (տե՛ս մեր Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրքը):

Ծառայություններ **-** Առողջապահական խնամքի ծառայություններ, պաշարներ կամ պարագաներ:

Ծախսերի բաշխում **-** Ձեր առողջապահական ծախսերի այն մասը, որը դուք հնարավոր է պարտավոր լինել վճարել յուրաքանչյուր ամիս՝ նախքան ձեր նպաստների ուժի մեջ մտնելը: Ծախսերի ձեր մասնաբաժնի չափը տատանվում է՝ կախված ձեր եկամուտներից և ռեսուրսներից:

Մասնագիտացված բուժքույրական հաստատություն **(SNF) -** Խնամքի հաստատություն՝ իր անձնակազմով և սարքավորումներով, որը տրամադրում է մասնագիտացված բուժքույրական խնամք և, շատ դեպքերում, մասնագիտացված վերականգնողական ծառայություններ և այլ հարակից առողջապահական ծառայություններ:

Մասնագիտացված բուժքույրական հաստատության **(SNF)** խնամ **-** Շուրջօրյա, շարունակական մասնագիտացված բուժքույրական խնամք և վերականգնողական ծառայություններ՝ մասնագիտացված խնամքի հաստատությունում: Մասնագիտացված բուժքույրական հաստատության խնամքի մեջ մտնում են ֆիզիկական թերապիան կամ ներերակային (IV) ներարկումները, որոնք տրամադրվում են գրանցված բուժքրոջ կամ բժշկի կողմից:

Հատուկ գրանցման ժամանակահատված **-** Ֆիքսված ժամանակահատված, երբ անդամները կարող են փոխել իրենց առողջապահական կամ դեղորայքային պլանը կամ անցնել Original Medicare-ի: Այն իրավիճակները, որոնց դեպքում դուք կարող եք իրավասու լինել օգտվելու Հատուկ գրանցման ժամանակահատվածից, ներառում են՝ եթե տեղափոխվում եք սպասարկման տարածքից դուրս, եթե դեղատոմսով դեղերի ծախսերի համար ստանում եք Լրացուցիչ օգնություն, եթե տեղափոխվում եք ծերանոց կամ խնամքի հաստատություն, կամ եթե մենք խախտում ենք ձեզ հետ կնքած պայմանագիրը:

Մասնագետ **-** Բժիշկ, ով բուժում է որոշակի առողջապահական խնդիրներ: Օրինակ՝ օրթոպեդիկ վիրաբույժը բուժում է կոտրված ոսկորները, ալերգիայի մասնագետը բուժում է ալերգիաները, և սրտաբանը բուժում է սրտային հիվանդությունները: Շատ դեպքերում անդամին անհրաժեշտ կլինի իր հիմնական բուժող բժշկի ուղեգիրը՝ մասնագետի մոտ գնալու համար:

Մասնագիտացված դեղատուն **-** Մասնագիտացված դեղատների մասին ավելին իմանալու համար տե՛ս այս Անդամի ձեռնարկի Գլուխ **5**-ը:

Մասնագիտացված մակարդակի դեղեր **-** FDA-ի կողմից հաստատված շատ թանկարժեք դեղեր, որոնք ներառված են մեր Դեղացանկում:

Նահանգային լսում **-** Եթե ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարար պահանջում է տրամադրել Medi-Cal-ի որևէ ծառայություն կամ պարագա, որը մենք չենք հաստատում, դուք իրավունք ունեք պահանջելու նահանգային լսում: Եթե նահանգային լսման որոշումը ձեր օգտին է, մենք պետք է ձեզ տրամադրենք ձեր պահանջած ծառայությունը կամ բուժումը:

Սոցիալական ապահովության լրացուցիչ նպաստ **(SSI) -** Սոցիալական ապահովության ամենամսյա նպաստը տրամադրվում է սահմանափակ եկամուտներ և ռեսուրսներ ունեցող մարդկանց, ովքեր հաշմանդամ են, կույր կամ 65 և ավելի բարձր տարիքային խմբում են: SSI նպաստները նույնը չեն, ինչ սոցիալական ապահովության նպաստները:

Անհետաձգելի բուժօգնություն **-** Բուժօգնություն, որը ստանում եք անսպասելի առաջացած հիվանդության, վնասվածքի կամ առողջական վիճակի համար, որը շտապ արտակարգ իրավիճակ չէ, բայց պահանջում է անհապաղ բժշկական օգնություն: Դուք կարող եք ստանալ անհրաժեշտ անհետաձգելի բուժօգնություն արտացանցի մատակարարներից այն դեպքում, երբ ձեր ժամանակի, գտնվելու վայրի կամ հանգամանքների պատճառով հնարավոր չէ կամ ողջամիտ չէ ստանալ ծառայություններ ցանցի մատակարարներից (օրինակ՝ երբ գտնվում եք մեր պլանի սպասարկման տարածքից դուրս և ունենում եք բժշկական առումով անհապաղ օգնության կարիք անսպասելի վիճակի համար, սակայն այն բժշկական արտակարգ իրավիճակ չէ):

Kaiser Permanente Dual Complete-ի Անդամների սպասարկման բաժին

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-443-0815 Այս համարին զանգերն անվճար են: Շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը: Անդամների սպասարկումն նաև տրամադրում է անվճար թարգմանչի ծառայություններ, որոնք հասանելի են անգլերեն լեզվով չխոսողների համար:
TTY	711 Այս համարին զանգերն անվճար են: Շաբաթը 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը
ԳՐԵՔ	Ձեր տեղական Անդամների սպասարկման գրասենյակը (գրասենյակների գտնվելու վայրերի համար տե՛ս Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրքը):
ԿԱՅՔ	kp.org

PRA-ի բացահայտման հայտարարություն *1995* թվականի Թղթաբանության կրճատման մասին օրենքի *(Paperwork Reduction Act*, *PRA)* համաձայն՝ ոչ ոք պարտավոր չէ արձագանքելու տեղեկությունների հավաքագրմանը, եթե այն չունի վավեր *OMB* վերահսկիչ համարը: Այս տեղեկատվության հավաքագրման համար *OMB-*ի վավեր վերահսկիչ համարը *0938-1444* է: Եթե դուք ունեք մեկնաբանություններ կամ առաջարկներ այս ձևը բարելավելու համար, գրեք հետևյալ հասցեով՝ *CMS*, *7500 Security Boulevard*, *Attn*: *PRA Reports Clearance Officer*, *Mail Stop C4-26-05*, *Baltimore*, *Maryland 21244-1850*

Խտրականության բացառման ծանուցում

Այս փաստաթղթում «մենք», «մեզ» կամ «մեր» բառերը նշանակում են Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. և Southern California Medical Group): Այս ծանուցումը հասանելի է մեր կայքում՝ **kp.org** հասցեով:

Խտրականությունը հակաօրինական է: Մենք հետևում ենք քաղաքացիական իրավունքների նահանգային և դաշնային օրենքներին:

Մենք անօրինականորեն խտրականություն չենք դրսևորում, մարդկանց չենք բացառում կամ այլ կերպ նրանց չենք վերաբերվում՝ հիմնվելով նրանց տարիքի, ռասայի, էթնիկ խմբի ինքնության, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելիության, մշակութային ծագման, նախահայրերի, կրոնի, սեռի, գենդերի, գենդերային ինքնության, գենդերային արտահայտման, սեռական կողմնորոշման, ընտանեկան կարգավիճակի, ֆիզիկական կամ մտավոր հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, վճարման աղբյուրի, գենետիկ տեղեկատվության, քաղաքացիության, առաջնային լեզվի կամ ներգաղթյալի կարգավիճակի վրա:

Kaiser Permanente-ն ժամանակին տրամադրում է հետևյալ ծառայությունները.

- Անվճար օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամ անձանց՝ մեզ հետ ավելի լավ հաղորդակցվելու նպատակով, ինչպես օրինակ՝
  - Որակավորված նշանների լեզվի թարգմանիչներ
  - Գրավոր տեղեկություններ այլ ձևաչափերով (բրայլ, խոշոր տառատեսակ, ձայնագրություն, հասանելի էլեկտրոնային ձևաչափեր և այլ ձևաչափեր)
- Անվճար լեզվական ծառայություններ այն անձանց, ում համար անգլերենն առաջնային լեզու չէ, ինչպես օրինակ՝
  - Որակավորված բանավոր թարգմանիչներ
  - Այլ լեզուներով գրված տեղեկություններ

Եթե այս ծառայությունների կարիքն ունեք, զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման բաժին ստորև ներկայացված հեռախոսահամարներով: Զանգն անվճար է: Անդամների սպասարկման բաժինը փակ է հիմնական տոն օրերին:

- Medicare, ներառյալ D-SNP՝ **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, շաբաթը 7 օր
- Medi-Cal՝ **1-855-839-7613** (TTY **711**), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր
- Մյուս բոլորը՝ **1-800-464-4000** (TTY **711**), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր

Խնդրանքի դեպքում այս փաստաթուղթը մատչելի կլինի բրայլով, խոշոր տառատեսակով, ձայնագրությամբ կամ էլեկտրոնային ձևաչափերով: Այս ձևաչափերից մեկով կամ այլ ձևաչափով պատճենը ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել մեր Անդամների սպասարկման բաժին և խնդրել ցանկալի ձևաչափը:

Ինչպես գանգատ ներկայացնել Kaiser Permanente-ին

Դուք կարող եք խտրականության մասին գանգատ ներկայացնել, եթե կարծում եք, որ մենք չենք տրամադրել այս ծառայությունները կամ որևէ այլ կերպ անօրինականորեն խտրականություն է դրսևորել: Կարող եք գանգատ ներկայացնել հեռախոսով, փոստով, անձամբ կամ առցանց: Մանրամասների համար խնդրում ենք կարդալ Ձեր *Ապահովագրության ապացույցը (Evidence of Coverage) կամ Ապահովագրման վկայագիրը (Certificate of Insurance)*: Կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին ձեզ կիրառելի տարբերակների մասին մանրամասներ ստանալու համար կամ եթե գանգատ ներկայացնելու համար օգնության կարիք ունեք: Դուք կարող եք խտրականության գանգատ ներկայացնել հետևյալ կերպ.

- **Հեռախոսով.** զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Հեռախոսահամարները նշված են վերևում:
- **Փոստով.** ներբեռնեք ձևաթուղթը **kp.org** կայքում կամ զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին և խնդրեք, որպեսզի ձևաթուղթ ուղարկեն ձեզ, որը հետո կարող եք հետ ուղարկել:
- **Անձամբ.** լրացրեք Բողոքի կամ Նպաստի հայցի/խնդրանքի ձևաթուղթն անդամների սպասարկման գրասենյակում, որը գտնվում է Ծրագրի հաստատությունում (հասցեների համար տեսեք հաստատությունների հասցեագիրքը մեր **kp.org/facilities** կայքում):
- **Առցանց.** լրացրեք առցանց ձևաթուղթը մեր **kp.org** կայքէջում:

Կարող եք նաև ուղղակիորեն դիմել Kaiser Permanente-ի Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողներին ներքոնշյալ հասցեներով՝

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

Ինչպես գանգատ ներկայացնել Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ *(միայն Medi-Cal նպաստառուների համար)*

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ գրավոր, հեռախոսով կամ էլ.փոստով.

- **Հեռախոսով.** զանգահարեք Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի (Department of Health Care Services, DHCS) Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ **916-440-7370** (TTY **711**) հեռախոսահամարով:

- **Փոստով.** լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝

  Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի Բողոքների ձևաթղթերը հասանելի են http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx հասցեով

- **Առցանց.** Էլ.նամակ ուղարկեք CivilRights@dhcs.ca.gov հասցեով

Ինչպես գանգատ ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ

Դուք կարող եք խտրականության բողոք ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ: Կարող եք բողոք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր կամ առցանց.

- **Հեռախոսով.** զանգահարեք **1-800-368-1019** (TTY **711** կամ **1-800-537-7697**) հեռախոսահամարով

- **Փոստով.** լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝

  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի Բողոքների ձևաթղթերը հասանելի են https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html հասցեով

- **Առցանց.** այցելեք **Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի բողոքի պորտալը՝ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf** հասցեով